

Path.

1098

ng

Path 1098 mg

Laenger

DIE BEURTHEILUNG
DER
NERVENERKRANKUNGEN
NACH UNFALL

VON
DR. MED. ALFRED SAENGER
HAMBURG.



NACH BEOBACHTUNGEN
AUS DEM
ALLGEMEINEN KRANKENHAUSE ZU HAMBURG-ST. GEORG.



STUTTGART.
VERLAG VON FERDINAND ENKE.
1896.

Soeben ist erschienen:

ARCHIV
FÜR
UNFALLHEILKUNDE
GEWERBEHYGIENE
UND GEWERBEKRANKHEITEN.

Herausgegeben von

Dr. Ferd. Baehr in Hannover, **Dr. M. Brunner**, Vertrauensarzt der Arbeiterunfallversicherungs-Anstalt für Triest, Krain und Dalmatien in Triest, **Dr. Ed. Pietrzikowski**, Docent für Chirurgie an der deutschen Universität in Prag, **Dr. Wilhelm Friedrich**, Chefarzt der Budapester Bezirkskrankenkasse in Budapest, **Dr. F. Bueler**, Docent für Chirurgie an der Universität in Bern.

Redigirt von **Dr. Ed. Gobeliewski** in Berlin.

1. Band.

MIT 68 IN DEN TEXT GEDRUCKTEN FIGUREN. ,

gr. 8. Geheftet. Preis M. 16.—

Das „Archiv“ erscheint in zwangloser Weise in Heften von annähernd 10 Bogen Stärke, von denen je drei einen Band von etwa 30 Bogen bilden. Der erste Band kann in jeder Buchhandlung eingesehen werden.

Grössere wissenschaftliche Arbeiten aus dem Gebiete der Unfallheilkunde und Gewerbehygiene in einem Organe zu sammeln, ist die Aufgabe dieses Archivs. Durch kleinere Mittheilungen und durch Referate über wichtige, einschlägige Publicationen wird es den Ausblick auf das Gesamtgebiet zu vervollständigen trachten.

Im Vordergrund muss die klinische Forschung stehen, die an der Hand reichen und jahrelangen Beobachtungsmaterials im Stande ist, Fragen principieller Art zu klären und zu lösen. Die Aetiologie

DIE BEURTHEILUNG
DER
NERVENERKRANKUNGEN
NACH UNFALL

VON

DR. MED. **ALFRED SAENGER**
HAMBURG.



NACH BEOBACHTUNGEN

AUS DEM

ALLGEMEINEN KRANKENHAUSE ZU HAMBURG-ST. GEORG.



STUTTGART.
VERLAG VON FERDINAND ENKE.
1896.



HERRN DR. CARL EISENLOHR

UND

HERRN DR. HERMANN WILBRAND

IN DANKBARKEIT

FREUNDSCHAFTLICHST GEWIDMET.

V o r w o r t.

An einen von Herrn Dr. Jessen im Aerztlichen Verein zu Hamburg gehaltenen Vortrag über Unfallnervenerkrankungen schloss sich am 21. April 1896 eine Discussion an. In derselben gab Verfasser ein kurzes Resumé seiner langjährigen Untersuchungen, bei denen er sich der Anregung und Unterstützung vornehmlich der beiden Herren erfreute, denen dieses Schriftchen gewidmet ist. Dasselbe unterbreitet Verfasser in vorliegender Form den Fachgenossen und speciell den Aerzten, die sich von Berufs wegen mit der Unfallheilkunde zu befassen haben, da er, durchdrungen von der eminenten Schwierigkeit der Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall, eine Lösung der strittigen Fragen nur auf Grundlage neuer Untersuchungen und eines grossen factischen Beweismaterials für möglich und aussichtsvoll hält.

Hamburg, October 1896.

A. S.

THE HISTORY OF

the city of London, from the first settlement of the
British in the year 43, to the present time. The
first part of the history is divided into three
ages, the first, the second, and the third. The
first age is the period of the British, the second
the period of the Romans, and the third the
period of the Saxons. The second part of the
history is divided into three periods, the first
the period of the Saxons, the second the period
of the Danes, and the third the period of the
Normans. The third part of the history is
divided into three periods, the first the period
of the Saxons, the second the period of the
Danish, and the third the period of the
Norman.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Einleitung: historischer Ueberblick	1—11
 I. Untersuchungen an gesunden und kranken Arbeitern, die niemals einen Unfall erlitten haben	12—20
a) Gesichtsfeld	14
b) Gefühlsstörungen	17
c) Reflexe	17
d) Herzaction	18
 II. Die gewöhnlichen Schädigungen des Nervensystems der Arbeiter	21—38
a) Alkoholismus	22
b) Tabaksmisbrauch	30
c) Syphilis	30
d) Hereditäre Belastung	33
e) Rasse	34
f) Arteriosclerose	36
 III. Gibt es pathognomonische Zeichen der Nerven- erkrankungen nach Unfall?	39
Objectivität der Symptome	40
a) Fünf beweisende Fälle	42
b) Die Verletzungen im Kriege	46
 IV. Woher kommt die Zunahme der Unfallnerven- erkrankungen?	48—66
a) Zunahme der Betriebsverletzungen	48
b) Grössere Beachtung der Unfallsfolgen von seiten der Aerzte	49
c) Zunahme der Nervosität im allgemeinen	49

	Seite
d) Wirkung der Unfallgesetzgebung	51—62
1. Directer Beweis	51
2. Indirecter Beweis	53
α) Vierunddreissig Fälle	54
β) Unfälle bei den besitzenden Klassen	57
γ) Unfälle bei Arbeitern aus anderen Ländern	61
e) Die erste Behandlung der Unfallverletzten	62
V. Ueber die Simulation	67—80
a) Gesichtsfeld (die neue Wilbrand'sche Methode).	67
b) Anästhesien	71
c) Häufigkeit der Simulation	72
d) Simulation des ursächlichen Zusammenhangs	76
VI. Die Prognose	81—88
a) Im allgemeinen	81
b) Bei Einrichtung eines Arbeitsnachweises	85
VII. Schluss	89

Einleitung: Historischer Ueberblick.

Der Unfallgesetzgebung verdanken wir ausser der staatlichen Fürsorge für den verletzten Arbeiter einen neuen Zweig vertiefter Erkenntniss und umfassenderen Wissens, so dass man mit Recht jetzt schon von einer Unfallheilkunde sprechen kann. In erfreulicher Gemeinsamkeit arbeiten alle Fächer der Medicin mit Eifer am Ausbau dieser jungen Wissenschaft, die vornehmlich dem practischen, aber hohen Zweck dient, die Ausführung des Gesetzes auf Grund von sachgemäss begründeten, eindeutigen Gutachten zu ermöglichen. Erst in zweiter Linie steht die theoretische Seite der Unfallsfolgen, die von wissenschaftlichem Standpunkte aus ein nicht geringeres Interesse in Anspruch nimmt.

Die Aufgabe der Gegenwart ist nun, die rein theoretischen von den practischen Fragen scharf zu trennen, damit die schiedsgerichtlichen Verhandlungen nicht zum Kampfplatz verschiedener, mehr oder minder begründeter, theoretischer Anschauungen werden, welche die Rechtsprechung erschweren, ja oft unmöglich erscheinen lassen. Auf einem Gebiet der Unfallheilkunde, dem der Nervenerkrankungen (nach Unfall), ist dieses Postulat leider noch nicht erfüllt. Wir sehen hier täglich den erbitterten Kampf der Meinungen. Gutachten gegen Gutachten werden ausgespielt. Stösse von Acten liefert die Verhandlung eines einzelnen Falles. Männer, die an der

Spitze der medicinischen Forschung stehen, kommen in Betreff desselben Falles zu entgegengesetzten Ansichten. Wissenschaftliche Ueberzeugung und practische Beurtheilung stehen sich schroff gegenüber. Unklarheit und Zweifel beherrschen die Situation.

So tobt in diesem Fach der Unfallheilkunde der Kampf der Meinungen schon seit 30 Jahren, der bald hitzig geführt wurde, bald wieder einschlummerte. Aber immer von neuem entbrannte der Streit, und zwar nicht aus rein wissenschaftlichen, sondern meist aus practischen Gründen, veranlasst durch die Nöthigung von Seiten des Staates, die Folgen von Unfällen gerichtlich festzustellen und zu beurtheilen.

In England war früher als in Deutschland die Haftverbindlichkeit der Bahnen bei Unglücksfällen gesetzlich geregelt worden. Daher verdanken wir die ersten eingehenden Beobachtungen der Folgen von Eisenbahnunfällen Erichsen, Morris, Syme, Savory. Des Ersteren Veröffentlichung „On railway and other injuries of the nervous system“ erregte grosses Aufsehen. Gerade so wie in unseren Tagen fand damals, also vor etwa 30 Jahren, ein lebhafter, ja manchmal erregter Meinungsaustausch statt, bei dem von Vielen nicht nur das Wesen des von Erichsen geschilderten Krankheitsbildes bestritten, sondern auch die Deutung der angeblich zu Grunde liegenden Affectionen als eine irrthümliche hingestellt wurde, indem damals schon die Frage der Simulation aufgerollt wurde.

Der Kampf um die Railway-spine setzte sich in Deutschland fort, als 1871 durch das Haftpflichtgesetz die Verbindlichkeiten der Eisenbahngesellschaften für Betriebsunfälle von Reichs wegen festgesetzt worden war. Leyden, Erb und Bernhardt schlossen sich im wesentlichen den Erichsen'schen Anschauungen an, dass sich in Folge des physikalischen Momentes der allgemeinen Körpererschütterung bei einem

Eisenbahnunglück organische Veränderungen im Centralorgan und dessen Hüllen einstellten, die in ihrer Gesamtheit den Symptomencomplex der Railway-spine bildeten. 1879 erschien eine ganz ausgezeichnete Monographie des practischen Arztes Dr. Johannes Rigler: „Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere die Verletzungen des Rückenmarks. Dargestellt mit Hinblick auf das Haftpflichtgesetz.“ Mit grossem Interesse las ich die Broschüre und möchte dieselbe gerade jetzt allen Aerzten, die sich mit Unfallsfolgen practisch und theoretisch beschäftigen, zur Lectüre empfehlen, da wir hier einen scharf blickenden Practiker vor uns haben, dem das Krankheitsbild der „traumatischen Neurosen“ noch nicht erschlossen war; dessen Beobachtungen wir heute zwar in Beziehung auf die zu Grunde liegenden Affectionen anders und, wie wir uns einbilden, richtiger deuten; die aber, was die klinische Seite betrifft, ganz ausgezeichnet sind. Dieser nüchterne Beobachter hebt damals schon mit ganz besonderem Nachdruck folgende Thatsachen hervor, die ich mit Absicht wörtlich wiedergeben möchte¹⁾: „Seit einigen Jahren als Arzt an einer der hiesigen Eisenbahnen thätig, hatte der Verfasser mehrfach Gelegenheit, sich gutachtlich über die Folgen von Verletzungen, die angeblich bei Eisenbahnunfällen entstanden waren, zu äussern. Angesichts der grossen Verantwortung, der er sich dabei bewusst wurde, sowie der Schwierigkeit, in einzelnen Fällen zu einem bestimmten und sicheren Urtheil zu gelangen, hielt er es für seine Pflicht, den hier in Betracht kommenden Fragen näher zu treten, und unterzog sich einem sorgfältigen Studium des sich bei der betreffenden Bahn darbietenden Materials, dabei nicht allein einen Ueberblick über eine längere Reihe von Jahren gewinnend, sondern auch die Erfahrungen vieler Beobachter für

¹⁾ Rigler, Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen. Berlin, G. Reimer, 1879. S. 6.

die eigene Belehrung nutzbar machend. Höchst unerwartet und überraschend war nun das bei diesen Untersuchungen zunächst sich ergebende Resultat, dass, während bei der Beförderung auf der betreffenden Bahn von ihrer Begründung an bis zum Juni 1871 19 Zusammenstöße und 15 Entgleisungen sich zugetragen hatten, bei diesen Unfällen angeblich nur 6 Personen eine dauernde Beschädigung ihrer Gesundheit erlitten haben sollten, dass hingegen vom Juni 1871 bis Ende 1876 bei 12 Zusammenstößen und 7 Entgleisungen angeblich 30 Personen in gleicher Art beschädigt wurden, dass also mit Emanation des Haftpflichtgesetzes die Zahl der Eisenbahn-Invaliden relativ auf das Neunfache gestiegen ist. Ausdrücklich ist hiebei zu bemerken, dass die mechanischen Momente bei den betreffenden Unfällen in beiden Zeitabschnitten genau dieselben waren, ja dass sogar die heftigeren Zusammenstöße in früherer Zeit bei zum Theil eingeleisiger Beschaffenheit der Bahn häufiger vorkamen, und dass das wirkliche Vorhandensein der erlittenen Beschädigung, resp. die schwere Bedeutung, die derselben von den Verletzten beigelegt wurde, selbst bei den vor 1871 beschädigten 6 Personen keineswegs unzweifelhaft feststeht. Bei 15 Entgleisungen vor 1871, unter denen 2mal die Entgleisung eines ganzen Zuges in voller Fahrt stattfand, trugen sich angeblich 2 Verletzungen zu, die dauernden Nachtheil für die Betreffenden zurückliessen, während bei 7 Entgleisungen nach 1871 12 Personen in solchem Grade beschädigt wurden, dass sie auf Grund der erlittenen Verletzung vollständig erwerbsunfähig geworden zu sein vorgaben. Und während aus 19 ernstesten Zusammenstößen vor 1871 angeblich 4mal dauernde Erwerbsunfähigkeit bei den dabei Verletzten sich ergab, veranlassten 12 Zusammenstöße nach 1871 eine solche angeblich in 18 Fällen. Es wären demzufolge seit 1871 die Zusammenstöße 7mal, die Entgleisungen 12mal so gefährlich

geworden, wie sie es vordem waren, ein Sachverhältniss, welches keine andere Deutung gestattet, als dass vielfach die durch das Gesetz verschärfte Haftverbindlichkeit der Eisenbahngesellschaften von Solchen missbräuchlich in Anspruch genommen wurde, bei denen keine oder doch keine so ernste Verletzung vorlag, wie die Betreffenden es von sich glauben zu machen wussten.“

Diese Mittheilungen und Erwägungen halte ich deshalb für so wichtig, interessant und mutatis mutandis auch auf die uns beschäftigenden Fragen der Unfall-Nervenerkrankungen anwendbar, da Rigler in dem Angeführten einfach die nackten Thatsachen statistisch registrierte und darüber seine Betrachtungen anstellte. Wenn er nun in seiner Broschüre manche Fälle nicht deuten konnte und dieselben als Beispiele von Simulation hinzustellen geneigt ist, so darf man nicht vergessen, dass die Arbeiten Charcot's und seiner Schule eigentlich erst in den 80er Jahren in Deutschland Eingang fanden und zu dem Studium der männlichen Hysterie anregten. Da erkannte man erst die Aehnlichkeit der traumatischen Nervenerkrankungen mit den Fällen der traumatischen Hysterie; da sagte man sich los von der organischen Grundlage und erfasste mit Klarheit den functionellen und psychogenen Character der Erscheinungen. Ein Lieblings-thema der berühmten Dienstagsvorlesungen Charcot's war die traumatische männliche Hysterie. Immer und immer hob er hervor, dass das psychische Trauma eine viel wichtigere Rolle als das physische zur Hervorbringung des Krankheitsbildes spiele, und dass die traumatische Neurose Oppenheim's nichts anderes als eine *Hysteria virilis* sei, die sich hie und da mit neurasthenischen und hypochondrischen Zügen combinire. Oppenheim stellte zwar auch die psychischen Störungen in den Vordergrund, aber als etwas Besonderes hin und sah sich veranlasst, dieser neuen, nach Unfällen auftreten-

den, functionell nervösen Erkrankung den Namen traumatische Neurose beizulegen. Der Name wirkte fascinierend und wurde in Folge der raschen Verbreitung der vorzüglich geschriebenen Oppenheim'schen Monographie und durch die Veröffentlichung Strümpell's „Ueber die traumatischen Neurosen“ in der Berliner Klinik 1888 allseitig acceptirt. Namentlich dem Practiker und Begutachter war es sehr angenehm, bei dem Chaos der functionell nervösen Störungen nach Unfall sich einzureden, ein ganz einheitliches, abgeschlossenes Krankheitsbild vor sich zu haben, das er sehr einfach als traumatische Neurose rubriciren konnte. Sehr bald stellte sich aber heraus, welcher Missbrauch mit diesem Namen getrieben, und welche falsche Consequenzen aus der gestellten Diagnose gezogen wurden. Nicht nur leichte Neurasthenien, sondern schwere organische Veränderungen wurden alle in den Topf der traumatischen Neurose geworfen, weil eben die Störungen nach einem Unfall aufgetreten sein sollten.

Friedrich Schultze in Bonn war der Erste, der auf der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in demselben Jahre, in dem Oppenheim's Monographie erschienen war, warnend seine Stimme erhob und darauf hinwies, dass die als charakteristisch angegebenen Symptome nicht für die sog. traumatische Neurose pathognomonisch seien, dass Simulation vorkäme, und dass endlich der Name „locale traumatische Neurose“ zu verwerfen wäre. Edinger äusserte die Befürchtung der Simulation, Bäumlcr und Fürstner sprachen geradezu aus, dass Simulation häufiger vorkäme, als angenommen würde. Jolly nur war derjenige, welcher sich überhaupt gegen den Namen „traumatische Neurose“ aussprach, den beherzigenswerthen Vorschlag machte, den Begriff „traumatische Neurose“ ganz fallen zu lassen und derartige Erkrankungen durch Trauma entstandene Hysterie, Neurasthenie etc. zu nennen.

Ich muss hierbei bemerken, dass zu gleicher Zeit Eisenlohr, dessen Assistent ich in den Jahren 1888—90 war, und der mich damals zur eingehenden Nachprüfung und zum Studium der Unfall-Nervenerkrankungen angeregt hatte, den Namen „traumatische Neurose“ perhorrescirte und auch öffentlich betonte, dass die Wirkungen von Verletzungen auf das Nervensystem nach ihrer Art zu trennen, zu bezeichnen und das Schematisiren zu vermeiden sei.

Ende 1889 kam es zu heftiger Polemik zwischen Oppenheim einer- und Seeligmüller, Mendel andererseits. Leider wurde dieser Streit schliesslich persönlicher Natur, so dass ich es unterlassen möchte, dieses unerquickliche Stadium in der vorliegenden Frage eingehender ins Gedächtniss zurückzurufen.

Auch der internationale Congress zu Berlin, bei dem die traumatischen Neurosen als Hauptthema auf der Tagesordnung der neurologischen Section standen, brachte keine Einigung zu Stande, im Gegentheil, es schienen sich die Gegensätze eher zu verschärfen. Es war daher sehr angebracht, dass auf dem Wiesbadener Congress für innere Medicin (1893) dieses Thema wieder in den Vordergrund der Discussion gestellt wurde. Durch den lichtvollen Vortrag Strümpell's, des einen Referenten, schien endlich eine gewisse Klärung einzutreten. Derselbe hob Oppenheim's Verdienst hervor, die objectiven Zeichen der traumatischen Neurosen zuerst genügend gewürdigt zu haben: die dauernd leichte Verstimmung hypochondrisch-melancholischen Characters, die sensorischen Anästhesien auf der Haut und im Bereich der höheren Sinnesorgane, speciell die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung; die motorischen, secretorischen und endlich die vasomotorischen Störungen. In frappanter Weise setzte er die psychogene Entstehung dieser Symptome auseinander, als deren veranlassendes Moment er

nicht nur den einmaligen psychischen Shock beim Trauma, sondern die in der Zeit nach der Verletzung eintretende allmähliche Umformung des gesamten Geisteslebens der Verletzten: Sorge um die Wiederherstellung, die Existenz etc. und endlich nicht selten die Art der ärztlichen Untersuchung betrachtete. In der Discussion brach sich die von Eisenlohr und Jolly längst geäusserte Ansicht Bahn, im einzelnen Fall möglichst genau die specielle Form der Erkrankung zu präcisiren. Strümpell, Wernicke, Hitzig, Bäumlcr und Jolly sprachen sich gegen, Schultze, Unverricht und Lenhartz eher für die Häufigkeit der Simulation und Aggravation aus. Letzterer betonte mit Nachdruck, dass die Neurosen vielfach durch die erste Untersuchung und Behandlung grossgezogen würden; dass die Prädisposition eine grosse Rolle spiele, und dass die Prognose in sehr vielen Fällen durchaus nicht so schlecht sei, wie man bisher anzunehmen geneigt war.

Während Bruns und Verfasser der Gesichtsfeldeinengung die Bedeutung eines objectiven Symptoms beilegten und dieselbe als solche begründeten, verhielten sich Strümpell und namentlich Schultze dagegen skeptisch. Letzterer machte den von Anderen und mir beherzigten Vorschlag, doch auch einmal an einem grossen Material Gesunder nachzusehen, ob sich nicht auch bei ihnen häufig geringe Einengungen fänden.

Durch diese Verhandlungen schien, wie gesagt, endlich im grossen und ganzen eine gewisse Uebereinstimmung angebahnt zu sein, die Bruns in seinen vorzüglichen Referaten und Besprechungen in Schmidt's Jahrbüchern in Form des folgenden Ergebnisses formulirte: „Nach auch leichten Traumen kommen nicht selten allgemeine functionelle Neurosen vor. Diese sog. traumatischen Neurosen sind nicht Krankheitsbilder ganz besonderer Art, sondern sie lassen sich alle unter die Namen auch sonst bekannter Neurosen subsumiren. Die wichtigsten sind: Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie und

ihre Mischungen. Die Symptome aller dieser Krankheitsformen sind psychisch bedingt. Die sog. objectiven Symptome sind deshalb bei aller Wichtigkeit nur relativ objective. Die Simulation darf in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden, sie ist selten und sehr schwierig mit Sicherheit nachzuweisen. Ein offenes ‚non liquet‘ ist immer einem unberechtigt sicheren Urtheile vorzuziehen.“

Bruns hat das Verdienst, durch die sachliche Gründlichkeit, mit der er die neueren Arbeiten über die traumatischen Neurosen in der genannten Zeitschrift referirte und kritisch beleuchtete, sehr zur Klärung, namentlich betreffs der Würdigung der objectiven Symptome, beigetragen zu haben. So schien denn 1894 und 1895 eine definitive Einigung betreffs der Auffassung der Unfall-Nervenerkrankungen erzielt worden zu sein, auf deren Grundlage für die Rechtsprechung in Unfallsachen sich klarere Gesichtspunkte als bisher ergeben hatten. Da erhob sich Ende vorigen Jahres aus der Reihe der bisherigen Vorkämpfer für die „traumatischen Neurosen“ die so gewichtige Stimme Strümpell's und bekannte offen, was schon Viele gedacht und gesagt hatten, dass der Name der „traumatischen Neurosen“ ebenso viel Unheil wie Nutzen gestiftet habe. Aber nicht genug damit, ging Strümpell noch weiter und hob mit ganz besonderem Nachdruck in seiner Aufsehen erregenden Broschüre ¹⁾ hervor, dass auch die Symptomatologie der „traumatischen Neurosen“ auf schwachen Füßen stände, indem er auf die bisher als objectiv aufgefassten Symptome bei den Unfallkranken sehr geringen Werth lege, und sogar den Rath giebt, gar nicht daraufhin zu untersuchen. Vergleicht man mit diesen Auslassungen seine früher vorgetragenen Ansichten

¹⁾ Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken. Practische Bemerkungen von Prof. Dr. A. Strümpell. München, Lehmann 1895.

und namentlich seine in der Berliner Klinik 1888 publicirte Arbeit „Ueber die traumatischen Neurosen“, so ist man höchlichst überrascht über diese Sinnes- und Auffassungsänderung des so hervorragenden Forschers, der gerade sehr viel dazu beigetragen hat, dem von Oppenheim geschilderten Symptomencomplex als klinischer Einheit medicinisches Bürgerrecht zu verleihen und den Namen der traumatischen Neurosen populär zu machen. Kein Wunder daher, dass der Streit von neuem entbrannte. Oppenheim veröffentlichte in diesem Jahre den Fall N.¹⁾, um die Discussion wieder aufzunehmen und die Strümpell'schen neuen Anschauungen zu widerlegen.

Im Fall N. geben zwei auf dem fraglichen Gebiete erfahrene Aerzte schroff sich gegenüberstehende Gutachten ab. Prof. X. behauptet, dass bei N. zur Zeit keinerlei Krankheitssymptome mit Sicherheit oder auch nur mit grosser Wahrscheinlichkeit nachzuweisen seien, während Oppenheim eine schwere Erkrankung des Nervensystems constatiren zu müssen glaubte. In seiner Schlussbetrachtung hob derselbe hervor, dass dieser Fall zeige, wie ein durch einen Unfall schwer geschädigter Arbeiter um die ihm gesetzlich zustehende Rente kommen kann, wenn die einmal erhobene Beschuldigung der Simulation zur erstmaligen Abweisung seiner Ansprüche geführt hat, und sich in der Folge ein als Autorität angerufener Arzt findet, der sich in demselben Sinne über den Verletzten ausspricht. Im zweiten Theil seiner Broschüre wendet sich Oppenheim gegen die neuen Strümpell'schen Anschauungen, namentlich betreffs der Werthschätzung des psychischen Traumas und der Objectivität der Symptome der traumatischen Neurose, und schliesst mit den characteristi-

¹⁾ Der Fall N. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen von Prof. Dr. H. Oppenheim. Berlin, 1896, Karger.

schen Worten: „Es ist dringend erforderlich, dass wir zu festen, einheitlichen Grundsätzen in der Beurtheilung der nach Unfällen auftretenden Neurosen gelangen. Der jetzige Zustand ist ein unhaltbarer, da zwei Gutachten, die zu vollkommen entgegengesetzten Resultaten gelangen, sich ‚nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft‘ beide rechtfertigen lassen.“

Die beiden Broschüren fanden im Mai 1896 eine Besprechung in der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung von seiten des Herrn Dr. A. Leppmann mit der charakteristischen Ueberschrift: „Der Kampf um die traumatische Neurose“. In gewisser Weise sprach er sich sowohl gegen Oppenheim wie gegen Strümpell aus, indem er des ersteren Befürchtungen, dass nunmehr der Practiker den sicheren Boden wieder unter den Füßen verliere, nicht theilte, und indem er Strümpell's Ansicht zu widerlegen suchte, dass die Unfallverletzten bis zum Unfall meist geistig und körperlich gesund gewesen seien. Kurz, es beginnt wiederum, wie ich eingangs schon erwähnte, der alte Streit und Kampf der Meinungen. Es mag daher wohl gestattet und am Platze sein, einen kleinen Beitrag zur Lösung der strittigen Fragen mit den folgenden Mittheilungen zu liefern. Dieselben sind auf Untersuchungen und Beobachtungen basirt, die ich seit 1891 im Allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg-St. Georg angestellt habe.

I. Untersuchungen

an gesunden und kranken Arbeitern, die nie einen Unfall erlitten haben.

Die Aeusserung Schultze's (Bonn) auf dem Wiesbadener Congress für innere Medicin 1893, „es seien seiner Ansicht nach jetzt noch viele Untersuchungen darüber nöthig, wie es mit den Gesichtsfeldeinengungen, Anästhesien etc. bei den Leuten der körperlich arbeitenden Klassen überhaupt sich verhält,“ bestärkte mich darin, meinen Untersuchungen nach dieser Richtung hin erst eine sichere Grundlage zu geben. Ich untersuchte Leute, wie sie gerade von der Arbeit in unsere Poliklinik, ins Krankenhaus kamen; Leute mit Ulcus cruris, Gonorrhoe etc., der verschiedensten Arbeitsklassen aufs eingehendste; ferner ganz gesunde. Sämmtliche hatten niemals einen Unfall erlitten. Bei der principiellen Wichtigkeit dieses Gegenstandes und auch in Hinsicht auf eventuelle Nachprüfungen theile ich das Alter und den Beruf der 119 Untersuchten mit.

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. W. A. 34 J. Arbeiter. | 9. W. K. 42 J. Arbeiter. |
| 2. H. J. 26 J. Kutscher. | 10. F. M. 36 J. Arbeiter. |
| 3. F. G. 53 J. Seemann. | 11. M. N. 40 J. Arbeiter. |
| 4. W. R. 31 J. Landmann. | 12. C. M. 48 J. Arbeiter. |
| 5. B. V. 36 J. Schuhmacher. | 13. H. R. 21 J. Schiffer. |
| 6. A. S. 30 J. Arbeiter. | 14. W. S. 27 J. Schiffer. |
| 7. Fr. L. 30 J. Arbeiter. | 15. W. H. 26 J. Arbeiter. |
| 8. A. J. 34 J. Maurer. | 16. J. Sz. 29 J. Kellner. |

- | | |
|--|---------------------------------|
| 17. H. P. 43 J. Arbeiter. | 59. W. D. 27 J. Seemann. |
| 18. F. M. 24 J. Schneider. | 60. E. H. 23 J. Seemann. |
| 19. K. F. 20 J. Buchbinder. | 61. O. B. 37 J. Arbeiter. |
| 20. K. E. 23 J. Heizer. | 62. F. P. 36 J. Arbeiter. |
| 21. G. St. 13 J. Lehrling. | 63. A. A. 20 J. Dienstmädchen. |
| 22. A. Sch. 30 J. Kohlenarbeiter.
(Uebernormales Gesichtsfeld.) | 64. D. N. 21 J. Köchin. |
| 23. L. B. 26 J. Arbeiter. | 65. F. W. 28 J. Kellner. |
| 24. A. L. 19 J. Arbeiter. | 66. H. K. 31 J. Seemann. |
| 25. A. V. 36 J. Schuhmacher. | 67. J. K. 24 J. Pferdewärter. |
| 26. M. Sch. 18 J. Bäcker. | 68. W. K. 34 J. Arbeiter. |
| 27. H. L. 33 J. Heizer. | 69. O. M. 25 J. Heizer. |
| 28. H. K. 23 J. Arbeiter. | 70. H. D. 26 J. Heizer. |
| 29. G. 40 J. Tischler. | 71. H. G. 24 J. Schlosser. |
| 30. H. L. 42 J. Schaffner. | 72. J. E. 27 J. Arbeiter. |
| 31. W. K. 42 J. Händler. | 73. C. N. 27 J. Heizer. |
| 32. J. B. 19 J. Schiffer. | 74. F. K. 20 J. Arbeiter. |
| 33. P. Sch. 33 J. Werftarbeiter. | 75. W. W. 23 J. Bäcker. |
| 34. C. L. 36 J. Kellner. | 76. Fr. K. 30 J. Arbeiter. |
| 35. W. P. 26 J. Arbeiter. | 77. M. B. 22 J. Maler. |
| 36. J. K. 20 J. Heizer. | 78. C. D. 29 J. Fabrikarbeiter. |
| 37. H. W. 27 J. Conditor. | 79. F. F. 25 J. Bäcker. |
| 38. H. K. 22 J. Tischler. | 80. C. M. 27 J. Heizer. |
| 39. O. Sch. 33 J. Schlachter. | 81. F. L. 24 J. Schlosser. |
| 40. C. W. 23 J. Arbeiter. | 82. R. K. 28 J. Schutzmann. |
| 41. J. H. 25 J. Hafenarbeiter. | 83. A. F. 24 J. Maurer. |
| 42. G. P. 44 J. Reisender. | 84. O. B. 24 J. Handelsmann. |
| 43. F. Rp. 27 J. Cigarrenarbeiter. | 85. C. F. 19 J. Kellner. |
| 44. H. Sch. 35 J. Kohlenarbeiter. | 86. D. M. 36 J. Arbeiter. |
| 45. J. G. 20 ¹ / ₂ J. Seemann. | 87. A. S. 47 J. Arbeiter. |
| 46. K. F. 29 J. Arbeiter. | 88. A. W. 27 J. Arbeiter. |
| 47. K. H. 20 J. Arbeiter. | 89. H. K. 24 J. Schiffer. |
| 48. W. G. 43 J. Arbeiter. | 90. F. L. 26 J. Matrose. |
| 49. J. M. 28 J. Comptoirbote. | 91. C. K. 33 J. Koch. |
| 50. A. P. 28 J. Heizer. | 92. B. H. Seemann. |
| 51. F. Br. 25 J. Schmied. | 93. O. W. 27 J. Schutzmann. |
| 52. J. T. 22 J. Fischer. | 94. R. K. 20 J. Bäcker. |
| 53. F. Sc. 44 J. Steward. | 95. O. O. 27 J. Schiffsbauer. |
| 54. A. St. 27 J. Arbeiter. | 96. F. W. 25 J. Erdarbeiter. |
| 55. J. St. 28 J. Bäcker. | 97. W. J. 23 J. Glaser. |
| 56. M. Sch. 23 J. Dienstmädchen. | 98. A. M. 22 J. Arbeiter. |
| 57. W. B. 31 J. Oekonom. | 99. J. V. 26 J. Hafenarbeiter. |
| 58. F. H. 22 J. Arbeiter. | 100. A. B. 31 J. Arbeiter. |
| | 101. M. K. 25 J. Bäcker. |

102. M. B. 32 J. Heizer.	111. C. M. 20 J. Tischler.
103. F. R. 27 J. Maler.	112. — 66 J. Speisewirth.
104. W. J. 34 J. Schiffer.	113. — 36 J. Zimmermann.
105. A. C. 19 J. Arbeiter.	114. — 63 J. Bäcker.
106. R. G. 32 J. Seemann.	115. — 39 J. Arbeiter.
107. C. W. 32 J. Tischler.	116. — 75 J. Siecher.
108. K. A. 20 J. Schlachter.	117. — 40 J. Steuermann.
109. F. M. 26 J. Pferdeknecht.	118. — 21 J. Arbeiter.
110. O. B. 23 J. Schmied.	119. — 25 J. Bäcker.

Ein kurzer Blick auf die Tabelle ergiebt, dass ich Gelegenheit hatte, nicht nur die mannigfachsten Berufsarten, sondern auch die verschiedensten Lebensalter in den Bereich meiner Untersuchungen zu ziehen; und dass auch einige Vertreterinnen des weiblichen Geschlechts aus der dienenden Klasse mitberücksichtigt wurden.

Die Untersuchung war in jedem Falle eine ganz vollständige. Die Sensibilität, die Reflexe, die vasomotorischen Erscheinungen wurden am völlig entkleideten Körper geprüft. Darauf erfolgte die Untersuchung der Sinnesorgane und ganz speciell des Gesichtsfeldes. Wurde eine Gesichtsfeldeinengung constatirt, so wurde meist noch einmal nachgeprüft, wobei ich mich der Unterstützung und Controlle von seiten des Herrn Dr. Wilbrand erfreute. Kurz, mein Bestreben ging dahin, möglichst unvoreingenommen, genau und objectiv zu untersuchen.

Von den 119 Fällen fand sich bei 8 Personen eine mehr weniger hochgradige, doppelseitige Gesichtsfeldeinschränkung, also in 6,7 %. In 111 Fällen war das Gesichtsfeld normal, und zwar reichte es nach aussen bis 90°, nach innen bis 60°. Ebenso wie 1893 bin ich heute der Ansicht, dass eine concentrische, auch geringgradige Einschränkung ein pathologisches Symptom ist. Hiebei setze ich voraus, dass mit den unbedingt nöthigen, peinlichen Cautelen untersucht wurde, und dass keine beträchtliche Refraktionsanomalie wie hoch-

gradige Myopie, keine innere Augenerkrankung und kein Accommodationskrampf (Groenouw) vorliegt.

Auch Peters¹⁾ hat in seinen Untersuchungen festgestellt, dass die Grenze im horizontalen Meridian bei 90° — 60° die weitaus häufigste ist. Es kommen zwar wiederholt Fälle vor, in denen die Grenzen bei 93° — 63° lagen; jedoch auch solche mit 88° — 58° . Bei der principiellen Wichtigkeit dieses Gegenstandes, der namentlich in den Jahren 1889—1893 eifrigst discutirt wurde, citire ich Peters' eigene Worte: „Für gewöhnlich pflege ich Fälle, bei denen eine zweimalige Untersuchung ein Gesichtsfeld von 90° — 60° feststellt, als normal zu bezeichnen. Wird diese Grenze nicht erreicht, so wird eine wiederholte Prüfung vorgenommen. Beträgt bei dieser die Einengung an der temporalen Seite beispielsweise ständig 5° , so sehe ich einen solchen Fall ebenso wenig als normal an, als Einengungen ausgesprochenen Grades.“

Zu ganz ähnlichem Resultat betreffs der normalen Grenzen des Gesichtsfeldes gelangte W. König²⁾ auf Grund sehr vieler auf diesen Punkt gerichteten Untersuchungen.

Die allerneuesten Untersuchungen auf diesem Gebiet stellte Karl Siemsen³⁾ an. Derselbe hat 100 Gesichtsfeldaufnahmen an Gesunden vorgenommen und fand zweimal den Förster'schen Verschiebungstypus. Er bestätigte die Angaben Wilbrand's, Peters', König's und die meinigen, dass als Aussengrenze des normalen Gesichtsfeldes 90° , als

¹⁾ Dr. A. Peters, Ueber das Vorkommen und die Bedeutung des sog. Verschiebungstypus. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. V. S. 329.

²⁾ Dr. W. König, Weitere Mittheilungen über die functionellen Gesichtsfeldanomalien. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. VII. 1895. S. 289.

³⁾ Karl Siemsen, Ueber concentrische Gesichtsfeldeinengung bzw. den Verschiebungstypus unter besonderer Berücksichtigung von Unfallverletzten. Inaug.-Dissert. 1895, Berlin.

Innengrenze 60° anzunehmen sei, und dass die Grenzen nur wenig von einander abwichen.

Somit kann als eine durch vielfältige Untersuchungen gewonnene Thatsache hingestellt werden, dass eine concentrische, doppelseitige, auch nicht hochgradige Gesichtsfeldeinengung ein objectives Merkmal eines, um mich vorsichtig auszudrücken, nicht normalen Zustandes darstellt. Jedoch wie ist dieselbe in Bezug auf die Unfall-Nerven-erkrankungen zu deuten?

Dr. Wilbrand¹⁾ und ich waren die ersten, die mit grösstem Nachdruck schon 1892 darauf hinwiesen, dass die Gesichtsfeldeinschränkungen kein pathognomonisches Zeichen der sog. traumatischen Neurose seien. Wir hatten dieselben Befunde erhoben nicht nur bei nicht traumatischer Hysterie, bei Neurasthenie, bei Hypochondrie und anderen Neurosen, sondern auch bei Alkoholismus, Abusus tabacci, bei Anämie, bei Morbus Basedowii und in der Frühperiode der Syphilis. Unzweifelhaft, und man kann sich darüber gewiss nicht wundern, finden sich diese concentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen auch bei den Unfall-Nervenerkrankungen, zumal da dieselben ja nach unseren neuesten Anschauungen keine Krankheiten sui generis sind, sondern bald einen hysterischen, bald einen neurasthenischen, bald einen hypochondrischen Character oder ein Gemisch dieser Zustände darbieten.

Es ist daher weder berechtigt, das Vorkommen der Gesichtsfeldeinengungen bei den in Rede stehenden Erkrankungen zu leugnen, noch angebracht, gar keinen Werth auf dieses Symptom zu legen, wenn auch aus meinen Untersuchungen hervorgeht, dass sich in 6,7 % Gesichtsfeldeinengung bei Solchen gefunden hat, die niemals einen Unfall erlitten hatten.

Wie für die Entwicklungsgeschichte, so gilt auch für

¹⁾ H. Wilbrand und A. Saenger, Ueber Sehstörungen bei functionellen Nervenleiden. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1892.

die Beurtheilung der Gesichtsfeldstörungen der interessante Billroth'sche Ausspruch ¹⁾: „Man empfindet freilich schmerzlich, dass Vieles doch nicht so einfach und systematisch übersichtlich geblieben ist, wie man es sich früher gewissermassen zum Hausgebrauch hergerichtet hat. Die Natur schreitet meist auf viel umständlicheren Wegen als der Mensch vor.“

Was nun die Gefühlsstörungen bei den 119 Fällen betrifft, so fand ich in etwa 4 % Anästhesien geringerer Art, meist in Form von Hypalgesien an den Extremitäten; ferner oft auffallende Hyperästhesie in dem unteren Theil des Rückens und Herabsetzung an der sonst so empfindlichen Haut des Kinns. Ueberhaupt muss ich hervorheben, dass ich bei den hiesigen Arbeitern gar nicht selten eine ganz ausserordentliche Abstumpfung der Schmerzempfindung am ganzen Körper gefunden habe, die kein pathologisches Symptom ist, sondern durch den psychischen Zustand, die Indolenz und gewiss auch durch die Abhärtung der Hautdecke des Arbeiters gegen mechanische Einwirkungen bedingt wird. (Man denke hierbei nur an die unglaubliche Toleranz der unteren Klassen gegen die Bisse des Ungeziefers.) Ich muss hinzufügen, dass ich Gefühlsstörungen mit ausgesprochen hysterischem Character nur einmal gefunden habe, und geneigt bin, die constatirten Sensibilitätsstörungen auf Rechnung der Schädlichkeiten zu setzen, denen sich hierorts beinahe jeder Arbeiter aussetzt, und die ich im folgenden Capitel besprechen werde.

Was nun das Verhalten der Sehnenreflexe bei den untersuchten Arbeitern anlangt, so fand ich so häufig Steigerung derselben, dass ich diesem Symptom keine pathologische Bedeutung beimesse. Diese Ansicht finde ich in der vorzüglichen Monographie Sternberg's unterstützt, in welcher er

¹⁾ Briefe von Theodor Billroth S. 349. Brief an Prof. His. Hannover, Hahn'sche Buchhandlung, 1896.

von dem Einfluss der körperlichen Anstrengung auf die Sehnenreflexe spricht ¹⁾. „Diese Steigerung nach Ermüdung ist wiederholt entdeckt worden. Die erste Erwähnung des steigenden Einflusses lang dauernder Muskelarbeit findet sich bei Brissaud. Marinian bespricht in seiner sehr sorgfältigen Arbeit Steigerung nach Ermüdung. Schuster beschreibt Steigerungen nach körperlichen Anstrengungen, Nachwachen etc. Erlenmeyer beobachtete die gleiche Erscheinung nach Bergtouren und Reiten, und gab übrigens eine ganz besondere Erklärung dafür.“ Sternberg hat ohne diese, in der gewöhnlich citirten Literatur nicht erwähnte Arbeit zu kennen, die gleichen Facta beschrieben und darüber Versuche angestellt. Ferner hebt Sternberg hervor, dass bei chronischem Alkoholismus ²⁾ in der Regel gesteigerte Sehnenreflexe bestehen, was ich auf Grund vielfältiger Erfahrung bei der hiesigen, an Alkohol sehr gewöhnten Arbeiterbevölkerung bestätigen kann.

Beide Momente, der Einfluss körperlicher Anstrengungen und der Alkoholismus, auf den ich noch gesondert zu sprechen komme, lassen die Steigerung der Reflexe beim Arbeiter als ein ganz gewöhnliches Vorkommniss erscheinen, das nicht als Zeichen für einen erlittenen Nervenunfall verwerthet werden kann.

Was die Steigerung der Herzaction betrifft, so habe ich leider unterlassen, darüber regelmässige Untersuchungen anzustellen; jedoch finde ich bei einer Anzahl von Fällen sowohl Pulsverlangsamung, wie normalen Puls, wie Pulsbeschleunigung notirt, die ich in Kürze mittheilen will:

1. 40jähriger, nicht nervös belasteter Steuermann mit Ulcus cruris; kein Potator, keine Lues. Kaute Tabak.

¹⁾ Dr. Maximilian Sternberg, Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems. Leipzig u. Wien, 1893. S. 88.

²⁾ S. 149 *ibid.*

Puls 96. Sehnen- und Hautreflexe gesteigert. Analgesien auf der Brust. Pupille rechts etwas weiter als links; Reaction normal, Gesichtsfeld beiderseits normal.

2. 21jähriger Arbeiter. Hereditär nicht belastet. Trank früher für 20—30 Pfennig Schnaps pro die. Rauchte Pfeife. Hat nässende Papeln ad anum.

Puls 88. Sehnenreflexe nicht besonders gesteigert. Analgische Zone in der linken Bauchseite.

Beiderseits geringe concentrische Gesichtsfeldeinschränkung mit dem Symptom der Ermüdung. Etwas Tremor linguae et manuum.

3. 25jähriger Bäcker. Nicht belastet. Angeblich weder Potator noch Raucher. Keine Lues. Ulcus cruris.

Puls 96. Reflexe nicht gesteigert. Auffallende Herabsetzung der Schmerzempfindung in der linken Seite des Leibes. Gesichtsfeld normal.

4. 75jähriger Siecher mit Ulcus cruris. Tabakraucher. Trinkt angeblich nur Wein.

Pulsfrequenz gesteigert. Sehnen- und Hautreflexe erhöht. An der Aussenseite der oberen und unteren Extremitäten deutliche Sensibilitätsstörungen. Beiderseits concentrische Gesichtsfeldeinengung.

5. 39jähriger, hereditär nicht belasteter Arbeiter mit Ulcus cruris. Raucher, Tabakkauer und angeblich mässiger Potator.

Puls 60. Auffallend gesteigerte Sehnen- und lebhaftes Hautreflexe. Gesichtsfeld, Sensibilität normal. Atherom der peripheren Arterien.

6. 63jähriger Bäcker mit Ulcus cruris. Nervös nicht belastet. Starker Tabakkauer und mässiger Potator.

Puls beschleunigt. Sehnen- und Hautreflexe gesteigert. Analgesien an beiden Schultern; sonst Hyperästhesie gegen Nadelstiche. Auffallende Dermographie.

Gesichtsfeld beiderseits leicht eingeschränkt. Rechte Pupille weiter als die linke. Leichter Tremor manuum.

7. 36jähriger, nicht belasteter Zimmermann. Seit 8 Jahren Ulcus cruris. Trank früher für 20—30 Pfennig Schnaps. Hat schon 2mal Delirium tremens durchgemacht. Nebenbei Tabakkauer.

Puls 76. Sehnen- und Hautreflexe gesteigert. Analgesien am rechten Oberarm. Gesichtsfeld normal. Tremor manuum.

8. 66jähriger Speicherarbeiter mit Ulcus cruris. Trank in früheren Zeiten angeblich für 60 Pfennig Schnaps pro die.

Puls 104. Rechts concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei normaler Sehschärfe und normalem ophthalmoskopischen Befund.

Deutliche Analgesien am Rücken und Hypalgesien an den unteren Extremitäten. Beiderseits Tremor manuum.

Kurz, wir finden bei jedem dieser Krankenhausinsassen Zeichen, auf Grund deren er, falls er etwa einen kleinen Unfall erlitten hätte, sich in den Besitz einer Rente hätte setzen können, ohne grössere Simulierungskünste anzuwenden als etwa die Klage über Rückenschmerzen.

II. Die gewöhnlichen Schädigungen des Nerven- Systems der Arbeiter.

Aus den vorher mitgetheilten wenigen Krankheitsskizzen von Arbeitern, die nie einen Unfall erlitten hatten und sich nur wegen leichter Affectionen wie Ulcus cruris etc. im Krankenhaus befanden, geht zur Evidenz hervor, wie kritisch man sich gegenüber den nervösen Symptomen bei unseren Arbeitern verhalten muss. Man braucht durchaus nicht immer ein psychogenes Leiden wie Hysterie zu wittern, darin stimme ich Schultze, Seeligmüller und namentlich Alb. Hoffmann bei. Viel sachgemässer und ergebnissreicher ist es, die handgreiflichen, nervenschädigenden Momente ins Auge zu fassen, die im Leben und Treiben beinahe jedes Arbeiters eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Das sind: der Alkoholismus, der Tabaksmissbrauch, die Lues, die Uebermüdung, die Unterernährung, die Arteriosclerose und die hereditäre Belastung.

Albin Hoffmann¹⁾ hat schon 1891 in seiner ausgezeichneten Abhandlung diesen Gedanken ausgesprochen und demselben durch speciell darauf hin gerichtete Untersuchungen Beweiskraft verliehen. Er berichtete über 20 Fälle, betreffend

¹⁾ Albin Hoffmann, Die traumatische Neurose und das Unfallversicherungsgesetz. Leipzig 1891, Breitkopf u. Härtel. S. 168.

Arbeiter, welche eine Unfallrente beziehen. 3 schied er von vornherein als ganz des Vertrauens unwerth aus, von denen einer Alkoholist ist. Von den 17 Uebrigen tragen 10 offenbar den Stempel der schweren Disposition. 3mal ist Epilepsie, 7mal Alkoholismus vertreten; 2 haben geistig schwache Kinder; 9 sind syphilitisch, darunter aber nur 3, die es jetzt zugeben, die anderen leugnen, haben aber Narben, Kopfaufreibung, und die Anamnese ihrer Kinder belastet sie schwer. Von den 7, welche übrig sind, sind mehrere auch noch mehr oder weniger verdächtig. Kurz, unter 20 Fällen erurirte er nur bei vierein ein vor dem Unfall vollkommen gesundes, unbelastetes Nervensystem.

Diese überraschende Thatsache, die bisher bei der Beurtheilung viel zu wenig Beachtung gefunden hat, spricht eine beredte Sprache, wie nothwendig es ist, zuvörderst den Arbeiter in seinen gewohnten Verhältnissen kennen zu lernen. Der Einfluss der mit der jetzigen Cultur verknüpften Schädigungen, der Prädisposition und der Krankheiten muss auf breiter Basis studirt und festgestellt werden. Dann bekommen wir erst eine gesichertere Grundlage für die Beurtheilung von Unfällen, wodurch sich die vielen Meinungsverschiedenheiten der begutachtenden Aerzte ausgleichen können zum Nutzen der urtheilsprechenden Richter und zum Heil der unfallverletzten Arbeiter.

a) Der Alkoholismus.

Die im vorigen Capitel mitgetheilten Fälle Nr. 1, 2, 6, 7 und 8 lassen ohne Weiteres als Ursache der constatirten nervösen Störungen den vorhandenen Alkoholismus und Tabaksmisbrauch erkennen. Die Alkoholfrage ist heutzutage acut geworden, namentlich für die Arbeiter der Grossstädte, besonders auch für unsere Stadt, wo beinahe jeder Arbeiter

für 20—30 Pfennig Branntwein täglich zu sich nimmt. Herr Dr. Golebiewski¹⁾ hat auf dem vorjährigen Congress der Aerzte und Naturforscher in Lübeck diese Frage in einem ausführlichen, interessanten Vortrag behandelt, und zwar in Beziehung zur neuen socialpolitischen Gesetzgebung, insbesondere zum Unfallversicherungsgesetz. Er sagte, dass in der Unfallpraxis die Entstehungsursache der Unfälle häufig auf Trunkenheit zurückgeführt würde. Wenn nun auch diese Angabe oft der Wahrheit nicht entspreche und übertrieben sei, so führte Golebiewski doch viele Unfälle indirect auf den Alkoholmissbrauch zurück, der die Versicherungsgesellschaften zu enormen Mehrkosten veranlasst; denn

1. verfielen Alkoholiker leichter anderen Erkrankungen;
2. träte bei ihnen früh Invalidität ein;
3. dauere das Heilverfahren länger;
4. träten Veränderungen des Characters auf, wie Unlust zur Arbeit, Vernachlässigung der Pflichten;
5. fänden sich häufig chronische Erkrankungen des Rachens, Magens, Darms, der Leber, der Nieren, des Herzens und der Nerven, insbesondere die alkoholische Polyneuritis.

Ausser der bei Alkoholikern häufigen Muskelschmerzen hebt Golebiewski keine functionell nervösen Störungen hervor. Darauf aber hinzuweisen, halte ich um so nöthiger, da gerade die functionellen Störungen des Nervensystems die frühesten Erscheinungen des Alkoholismus chronicus sind und sich auch bei Leuten finden, die weiter keine Alkoholintoxicationssymptome darbieten. Die Beurtheilung dieser Symptome ist nun dadurch so schwierig, dass dieselben analogen sind, die man früher quasi als pathognomonisch für die sog. „traumatische Neurose“ aufgestellt hat, und die ja

¹⁾ Monatsschrift für Unfallheilkunde Bd. II. S. 384. Autoreferat.

auch bei nüchternen Arbeitern als Unfallsfolgen sich oft einstellen.

Auf das Vorkommen von functionellen Störungen, der Gesichtsfeldeinengung, der Anästhesien, der gesteigerten Reflexe, der vermehrten Pulsfrequenz bei chronischer Alkoholintoxication haben H. Herz¹⁾ und Krukenberg²⁾ hingewiesen, und führe ich als charakteristische Beispiele noch folgende Fälle an, die sämtlich keinen Unfall erlitten haben.

1. F. G., 53 Jahre, Tischler, trank für 15—25 Pfennig Schnaps pro die. Tabakkauer.

Alkoholische Amblyopie; centrales Scotom für Roth. Patient kam wegen Verschlechterung des Sehvermögens in die Augenpoliklinik. Hochgradiger Tremor manuum et linguae. Beiderseits Gesichtsfeldermüdung.

Hypalgesien an der Aussenseite der Extremitäten.

Sehnenreflexe gesteigert. Puls 88.

2. C. P., 51 Jahre, Bureauehülfe, klagt über Muskelschmerzen in den Armen.

Tremor linguae. Beben der Gesichtsmuskeln. Sehnenreflexe gesteigert. Wechselnde Hyper- und Hypästhesien. Als nun noch beiderseits temporale Abblassung der Papillen sich fand, wurde ihm trotz Leugnens auf den Kopf gesagt, dass er Schnaps trinke, worauf er schliesslich mit der Erklärung herausrückte, dass er ein richtiger Quartalssäufer sei.

3. A. B., 33 Jahre, Arbeiter, kam mit der Klage über Muskelschmerzen in der rechten Hand und im rechten Unterarm. Keine hereditäre Belastung. Lues und Potus wird negirt.

¹⁾ H. Herz, Deutsches Archiv für klinische Medizin 1894, Bd. LIII.

²⁾ H. Krukenberg, Beiträge zur Kenntniss des Delirium tremens. Zeitschr. f. klin. Medic. XIX.

Die Untersuchung ergab Tremor linguae; Steigerung der Reflexe und der vasomotorischen Erregbarkeit. Hypalgesien an der Aussenseite der unteren Extremitäten. Träge Pupillarreaction. Die genaueste Untersuchung der rechten oberen Extremität ergab ein negatives Resultat. Die Farbengrenzen im Gesichtsfeld eher erweitert.

B. gab schliesslich zu, seit Jahren mindestens für 20 Pfennig Schnaps pro Tag zu sich zu nehmen.

4. E. J., 42 Jahre, Steinhauer, konnte seit einigen Tagen die linke Hand nicht mehr strecken. Er hatte im tiefen Schlaf auf dem Arm gelegen. J. war angeblich früher stets gesund. Hereditäre Belastung, Lues negirt. Trank eine Flasche Schnaps pro Tag.

Die Untersuchung ergab eine typische Drucklähmung des linken Radialis; ferner Steigerung der Sehnenreflexe. Hyperästhesie gegen Nadelstiche an Brust, Bauch und Rücken; Hypalgesien an der Aussenseite der oberen und unteren Extremitäten. Beiderseits leichte concentrische Gesichtsfeldeinschränkung mit dem Symptom der Ermüdung. Geringe Abstumpfung der Farbenempfindung für kleine rothe Objecte. Deutlicher Tremor linguae et manuum.

5. C. N., 55 Jahre, Arbeiter, befindet sich wegen Schmerzen in den Knien und Füßen im Krankenhaus, behauptet, nicht gehen zu können. Früher angeblich gesund. Lues negirt. Trank für 20—30 Pfennig Schnaps pro die. Patient macht einen auffallend niedergedrückten, melancholischen Eindruck.

Die Untersuchung ergab folgende unzweifelhafte Stigmata des chronischen Alkoholismus: Tremor manuum et linguae; temporale Abblassung beider Papillen; exquisite alkoholische Amblyopie mit centralem Farbencotom. Die Sehnenreflexe waren gesteigert. Es bestanden Hypalgesien, Analgesien und Hyperästhesien in zerstreuter Anordnung; die vasomotorische

Erregbarkeit war gesteigert. Gedächtniss angeblich schlechter geworden.

Wegen seines auffallenden psychischen Zustandes erkundigte ich mich nun genauer nach seiner Vergangenheit, speciell auch danach, ob er etwa einen Unfall erlitten habe. Mit weinender Stimme erzählte er, dass er schon lange von seiner Frau, die ihm untreu wäre, getrennt lebe; dass er Anfang dieses Jahres in die Elbe gefallen sei. Jedoch habe er danach noch sehr gut arbeiten können. Ende Februar bis März sei er arbeitslos geworden, aber nur aus dem Grund, dass er keine Arbeit finden konnte. Er war daher genöthigt, sich in eine Arbeitercolonie aufnehmen zu lassen; und dieser Umstand, dass er nicht selbständig verdiene, mache ihn so muthlos und traurig.

Diesen Fall, den ich erst kürzlich (29. Juli 1896) zu untersuchen Gelegenheit hatte, halte ich für recht bemerkenswerth; denn wir haben hier einen Mann vor uns in einem psychischen Zustand, wie ihn Oppenheim geradezu als charakteristisch für seine traumatische Neurose angiebt. Daneben finden sich die objectiven Symptome: gesteigerte Reflexe, Gefühlsstörungen.

Nun findet sich sogar in der Anamnese ein Unfall, der die Deutung eines psychischen Traumas exquisiter Art zulässt, nämlich Sturz in die Elbe mit Ertrinkungsgefahr. Allerdings war dies kein Betriebsunfall. Nach dem Unfall arbeitete unser Mann in ungeschwächter Kraft weiter, bis er in Folge der Ungunst der Witterung die Arbeit verlor. Einen Monat trieb er sich beschäftigungslos herum, ergab sich immer mehr dem Potatorium und liess sich schliesslich mittellos in eine Arbeitercolonie aufnehmen.

Wenn Patient uns nicht ein freiwilliges Geständniss gemacht, sondern seine Beschwerden auf den Unfall bezogen hätte, so hätte gewiss Niemand ihm die Berechtigung einer

Unfallrente auf Grund des psychischen Verhaltens und der objectiven Symptome abgesprochen. So sehen wir klar, dass sämtliche Erscheinungen auf die Einwirkungen des Alkoholismus zurückzuführen sind.

Uebrigens ist die psychische Verstimmung in letzterem Fall nichts Aussergewöhnliches bei Alkoholikern, wie von verschiedenen Autoren, wie Lykke¹⁾, Tambroni, Krukenberg, hervorgehoben worden ist.

Dieses Capitel vermag ich nicht abzuschliessen, ohne noch auf einen für die Beurtheilung wichtigen Punkt hinzuweisen, den Golebiewski in seinem vorher erwähnten Vortrag sehr prägnant hervorgehoben hat. Er gab eine Skizze von einem Unfallverletzten²⁾, der bis zu seinem Unfall gesund und kräftig, und der auch ein tüchtiger Arbeiter gewesen sei. „Derselbe vertrug im Gefühl seiner jugendlichen Kraft seinen Schnaps und auch einen Rausch unbeschadet seiner Gesundheit ganz gut. Nach seinem Unfall aber, da er in der Reconvalescenz und in der medico-mechanischen Behandlung keine besonderen Schmerzen mehr hatte, gab er sich schon aus Langeweile und aus Kameradschaft mit anderen Unfallkranken dem Branntweingenuss hin, bis er schliesslich von Stufe zu Stufe sank.“ Solche Beispiele sind nicht vereinzelt, und ich habe ähnliche Fälle beobachtet, wo Unfallverletzte ihre Heilung dadurch illusorisch machten, dass sie eine Beute des durch Müssiggang gesteigerten Alkoholismus wurden.

Im neuesten Heft der Monatsschrift für Unfallheilkunde (Nr. 8, 1896) findet sich ein Artikel des Herrn Dr. Dumstrey über Contusionspneumonie und traumatische Potatorenneurose,

¹⁾ Lykke, Om Hjerne alkoholisme. Hosp.-Tid. 1893. Ref. Neurol. Centralbl. 1893. S. 649.

²⁾ Nach einem Autoreferat des Redners aus der Monatsschrift für Unfallheilkunde.

auf den noch nothwendigerweise in diesem Capitel hingewiesen werden muss, da derselbe sich dem eben Gesagten anschliesst und eine Bestätigung meiner Anschauungen darstellt. Dr. D. knüpft seine Betrachtungen an einen Vortrag des Herrn Staatsraths Hoffmann „Ueber die sog. traumatische Potatorenneuralgie“, welche ich der Wichtigkeit wegen wörtlich citire: „Es wurde ausgeführt, dass es zweifellos Fälle gebe, in denen nach erlittenen und gut geheilten Traumen Schmerzen, und zwar sehr heftige Schmerzen, bestehen blieben, ohne dass auch nur der geringste objective Befund vorhanden wäre. Es wurde an der Hand von vier gut characterisirten Fällen der Nachweis geführt, dass diese Schmerzen nicht simulirt würden, sondern in der That bestanden. Als Ursache ist oft mit Bestimmtheit chronischer Alkoholismus zu bezeichnen. Die Schmerzen sind gerade wie bei den hysterischen Schmerzen nicht genau auf den Verlauf eines bestimmten Nervenstammes localisirt, als ihr Sitz wird blos im allgemeinen die Stelle, wo seiner Zeit das Trauma stattgefunden hatte, bezeichnet. Nach meinen Erfahrungen, die ich mit den von mir behandelten Unfallverletzten gemacht habe, kann ich dieser Auffassung nur beipflichten. Nach meinem Dafürhalten spielt der Alkohol eine viel grössere Rolle bei solcher Art Leiden, als man gemeinhin annimmt, ja er bewirkt sie oft genug ganz allein. Ich bin der Ansicht, dass nicht blos traumatische Neuralgien, sondern viele traumatische Neurosen einzig und allein durch Alkoholismus verursacht worden sind, dass ihre Heilung nur in der Abstinenz möglich ist, dass dann aber viele traurige Fälle geheilt werden können. Ich schliesse von vorneherein alle rein hysterischen Fälle aus; ich meine auch nicht diejenigen Fälle, wo der Alkoholismus als schädliche Nebenwirkung neben der Hysterie auftritt: ich meine bestimmt behaupten zu können, dass das typische Bild einer traumatischen Neurose einzig und allein durch chronischen

Alkoholmissbrauch hervorgerufen werden kann.“ Dr. D. führte folgenden instructiven Fall als Beispiel an: H. hatte sich beim Abladen von Fässern eine schwere Knieverletzung zugezogen mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit des ganzen Gelenks. Nach 16 Wochen war H. noch völlig arbeitsunfähig. Er bot das Bild eines exquisiten Potators dar, hielt das betreffende Knie in Winkelstellung fixirt, erklärte eine Stelle unter der Patella für ausserordentlich schmerzhaft. Bei passiven Bewegungsversuchen schrie er laut auf. Bei jedem Schritt verzog er das Gesicht schmerzvoll. Bei der Anstaltsbehandlung klagte, stöhnte er, ja fing sogar an zu weinen und zu heulen. Eines Tages wurde er aus der Anstalt entlassen, kam aber nach 48 Stunden in schwer betrunkenem Zustand wieder. Als er nun in strenge Abstinenz genommen und hydrotherapeutisch behandelt wurde, war der „alte Heuler und Schreier“ nicht wiederzuerkennen, machte alle, auch die schwersten Uebungen an den Apparaten ohne Klage, und grüsste freundlich den behandelnden Arzt, dem er sogar seine Dankbarkeit bezeugte. Kurz vor seiner Entlassung war ein Unterschied zwischen verletztem und gesundem Glied nicht mehr zu entdecken. H. sprang vom Stuhl, ging regelrecht in die tiefe Kniebeuge und erhob sich wieder kraftvoll ohne Schmerzen. Als er aus einem ihm gewährten Urlaub von 4 Tagen in die Anstalt zurückkehrte, war er so betrunken, dass er mehrmals hinfiel. Am nächsten Tag klagte er wieder über Schmerzen und vertrug die Uebungen, die er früher mit Freuden gemacht hatte, nicht mehr, so dass D. glaubte, er simulire, um eine möglichst hohe Rente zu erzielen.

Mit 15 % Rente wurde er entlassen. Seine Schmerzen liessen in der Folgezeit jedesmal nach, wenn er seinen Schnapsgenuss verringert hatte.

Dr. D. schliesst seinen lehrreichen Artikel mit den Worten: „Ich habe es mir, nachdem ich zu der Ueberzeugung

gelangt war, dass der Schnaps eine derartig verderbliche Rolle bei den Verletzten spielt, zur Regel gemacht, alle neu in die Behandlung tretenden Patienten darauf zu untersuchen, ob sie Alkoholiker sind oder nicht, und die Alkoholiker vor allem vom Genuss des Alkohols zu entwöhnen. Erst dann werden sie diejenige Besserung durch die mechanische Behandlung finden, die sie in der Anstalt suchen.“

b) Tabakmissbrauch.

Was für den Alkoholismus gilt, ist in ähnlichem, wenn auch sehr verringertem Masse auf die Tabaksintoxication anwendbar. Namentlich treten hier die Erscheinungen von seiten des Herzens, die lästigen Palpitationen, in den Vordergrund der Erscheinung. Jedoch sind beide Intoxicationen hier in Hamburg bei der Arbeiterbevölkerung so eng mit einander verknüpft, da die Sitte des Tabakkauens sehr verbreitet ist, dass man schwerlich einen Arbeiter eruiert kann, bei dem lediglich die Folgen des Tabakmissbrauchs zu constatiren sind. Es finden sich stets Mischintoxicationen von Tabak und Alkohol.

c) Syphilis.

Wie ich früher schon mitgetheilt habe, fand Alb. Hoffmann unter 20 Fällen, die eine Unfallrente bezogen und sich für früher ganz gesund erklärt hatten, 9 Syphilitische. Eine recht grosse Anzahl, die jedoch bei der beträchtlichen Verbreitung der Syphilis nicht erstaunlich ist. Wohl ist aber wunderbar, dass man bisher bei der Beurtheilung der nervösen Störungen Unfallkranker so wenig berücksichtigte, dass man dieselben functionellen Erscheinungen bei event. vorhandener Syphilis speciell im Frühstadium derselben finden kann. Ko-

walewsky¹⁾ hat das Verdienst, in einer ausgezeichneten Abhandlung auf das Vorkommen functioneller Nervenkrankheiten bei der Lues in umfassender, gründlicher Weise hingewiesen zu haben. Idiopathischer Epilepsie, Asthma, Neurasthenie, Hysterie etc., allen diesen Krankheiten kann Syphilis zu Grunde liegen. Da nach Meinung vieler moderner Autoren, speciell der französischen Schule, die Unfallneurosen überhaupt nichts anderes als traumatische Hysterien sind, so liegt die Gefahr sehr nahe, bei syphilitischen Unfallverletzten eine traumatische Hysterie zu diagnosticiren, wo es sich in Wirklichkeit um eine syphilitische Hysterie handelt. Dabei lasse ich es dahingestellt, ob man das syphilitische Virus, ähnlich wie Alkohol, Blei und Quecksilber, als hysterogenes Gift (Debove, Achard) oder nur als Agent provocateur (Charcot, Guinon) der Hysterie bei zu dieser Neuropsychose disponirten Individuen ansehen will. Durch die Güte des Oberarztes Herrn Dr. Engel-Reimers war ich in der Lage, auf dessen grosser syphilitischer Abtheilung Fälle auf das Vorhandensein functionell nervöser Störungen zu untersuchen. Im Hinblick auf das vorliegende Thema theile ich die uns hauptsächlich interessirenden Symptome bei einigen Fällen mit, von denen, was ich hervorheben muss, keiner einen Unfall erlitten hat.

1. M. B., 30jähriger Arbeiter. Vor 10 Wochen Ulcus durum. Jetzt Roseola. Früher stets gesund. Nicht belastet. Potatorium negirt.

Gesichtsfeld für Weiss und Farben eingeschränkt. Patellarreflexe gesteigert. An der Aussenseite der Extremitäten Hypalgesien. Flimmern vor den Augen. Kopfschmerzen.

2. J. H., 22jähriger Schiffer. Ulcus durum. Potatorium negirt. Tabakskauer. Mutter starb in Folge Schlaganfalls.

¹⁾ Prof. Dr. Paul Kowalewsky, Die functionellen Nervenkrankheiten und die Syphilis. Arch. f. Psych. Bd. XXVI, S. 552.

Macht eine Inunctionscur durch. Einseitige concentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Ausgedehnte Analgesien an der rechten Schulter, am rechten Oberarm; an beiden Seiten des Gesichts, und auf dem Kopf. Puls 68. Sehnen- und Hautreflexe nicht besonders gesteigert.

3. A. S., 22jähriger Bäcker. Wegen Lues secundaria hier. Hatte einen Lippenschanker. Hereditär nicht belastet.

Beiderseits concentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Sonst keine nervösen Anomalien.

4. R. P., 41jähriger Arbeiter. Secundäre Syphilis. Primäraffect im Mund. Mässiger Potator. Schwacher Raucher. Nicht belastet.

Gesichtsfeld beiderseits leicht concentrisch eingeschränkt. Sämmtliche Sehnenreflexe erheblich gesteigert. Hautreflexe ebenfalls, wenn auch geringgradiger. Vasomotorische Erregbarkeit erhöht. Sensibilität nicht wesentlich alterirt.

5. A. M., 19jähriger Commis. Vor 6 Wochen Ulcus durum. Hereditär nicht belastet. Kein Potator, kein Raucher.

Farbengesichtsfeld beiderseits eingeschränkt. Für Weiss normal.

Patellarreflexe auffallend lebhaft. Sonst nichts Besonderes.

6. M. G., 21jähriges Dienstmädchen. Januar 1894 inficirt. Juli 1894 Iritisluetica. Februar 1894 Roseola.

Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten.

Sehnenreflexe gesteigert. Hautreflexe lebhaft. Vasomotorische Erregbarkeit erhöht.

Puls 96. Gesichtsfeld normal.

Es mögen diese Fälle als Beispiele genügen, um auf die Nothwendigkeit hinzuweisen, bei der Beurtheilung von Unfallnervenerkrankungen die event. vorhandene Syphilis in Rechnung zu ziehen.

Die hereditäre Belastung.

Bei der Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall ist ein wichtiger, aber sehr schwierig zu beurtheilender Factor die ererbte Constitution des Arbeiters. Beinahe immer stösst man bei der Erhebung der Anamnese auf eine ganz unglaubliche Unwissenheit und Gleichgültigkeit betreffs der Erkrankungen der nächsten Angehörigen. Wenn es sich nun gar um die Frage nach nervösen Störungen handelt, dann erhält man meistens gar keine Antwort. Auch Möbius¹⁾ hat in seinem interessanten Aufsatz über nervöse Familien über die Schwierigkeit geklagt, brauchbare anamnestische Angaben zu erlangen.

Ich brauche nicht zu betonen, wie interessant und wichtig es wäre, die hereditären Erkrankungen, speciell die des Nervensystems, beim Arbeiterstand zu studiren, und welche wichtige Resultate sich daraus ergeben würden. Ist doch die Thatsache der Vererbung nervöser Erkrankungen oder der Disposition zu nervösen Erkrankungen heut zu Tage nicht mehr bestreitbar, wenn wir auch in der Kenntniss der zu Grunde liegenden Verhältnisse noch weit zurück sind. Am besten erforscht ist noch der schädigende Einfluss der Intoxicationen und Infectionen, wie des Alkoholismus und der Syphilis, auf die Descendenz, der ja gerade bei unserer Arbeiterbevölkerung eine grosse Rolle spielt und sich in dem häufigen Vorkommen von Psychosen, Hysterie und von anderen Neurosen kundgiebt. Während die Nachkommen gesunder Eltern ein Trauma, eine Hirnerschütterung, einen Excess ohne nachtheilige Folgen ertragen, reagiren die Abkömmlinge erblich belasteter Familien auf dieselben Schädigungen in abnormer Weise, indem sie bald die Erscheinungen der Epilepsie, der

¹⁾ Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 40, 1884.

Psychose und am häufigsten der Hysterie darbieten. Jedoch ist bei der Beurtheilung geboten, mit dem grössten Kriticismus zu Werke zu gehen und nicht in den in der Medicin so häufigen Fehler des post hoc ergo propter hoc zu verfallen. Der scharfsinnige, leider so früh verstorbene hiesige Physicus Dr. Reinhard hat diesem Gedanken schon 1891 gelegentlich einer Discussion über die traumatische Neurose Ausdruck verliehen, indem er auf die zu wenig beachtete Thatsache hinwies, dass die Arbeiter oft schon vor dem Unfall nervenkrank gewesen seien. Sehr häufig wären aber die Symptome nur psychischer Natur und entgingen daher leicht der Umgebung. Sowie nun der betreffende Arbeiter einen Unfall erlitten hat, so werden dieselben Beschwerden, mit denen er sonst stillschweigend gearbeitet hatte, in alle Welt hinausposaunt. Reinhard theilte zwei sehr charakteristische Fälle mit, und auch ich habe gegenwärtig einen Arbeiter in Behandlung, der ganz unzweifelhaft schon vor dem Unfall an einer schweren Neurose litt, der aber sämtliche Beschwerden auf den geringfügigen Unfall zurückführt, fortwährend über zu niedrige Rente klagt und auf dem besten Wege ist, einem pathologischen Querulantenthum zu verfallen.

Schliesslich möchte ich noch eine hier in Hamburg oft constatirte Erfahrung nicht unerwähnt lassen, dass unter den Unfallnervenerkrankten die aus den östlichen Provinzen des Reichs stammenden Arbeiter eine numerisch entschieden überwiegende Rolle spielen. Dieselben sind meist schlaffe Individuen, sehr wehleidig und haben eine ganz auffallende Disposition zu exquisit hysterischen Erscheinungen. Sie stellen die grösste Anforderung an die Geduld des untersuchenden Arztes, indem sie meistens unverschämt übertreiben und gar nicht selten lügen.

Zwei Fälle, die ich als Assistent des Herrn Dr. Eisenlohr im Eppendorfer Krankenhause beobachtete, stehen mir

noch lebhaft in Erinnerung. Beide waren polnische Arbeiter. Der eine hatte in Folge eines Traumas eine typische linksseitige Hemianästhesie incl. der Schleimhäute mit hochgradiger concentrischer Gesichtsfeldeinengung und eine exquisite spastische Zitterneurose hysterischer Natur des einen Beins acquirirt, die bei Bewegung und Berührung desselben sich so steigerte, dass der ganze Körper mit erschüttert wurde. Auf Veranlassung des Herrn Prof. Kast, der damals Herrn Dr. Eisenlohr vertrat, versuchte ich ein Transfert der Anästhesie des linken Unterarmes zu machen und wickelte zu dem Zweck mittelst einer Binde ein 20-Markstück auf den linken Arm. Als ich zu dem Patienten zurückkam, fand sich die Anästhesie auf dem rechten Arm. Noch mehr aber versetzte mich in Erstaunen, dass das Goldstück unter der Binde verschwunden war. Mit unschuldsvollster Miene drückte mir der Patient auch seine Verwunderung hierüber aus, was mich aber nicht abhielt, den Mann gründlich visitiren zu lassen. Die Untersuchung ergab ein Transfert des Goldstücks in den Strumpf des rechten mit der Zitterneurose behafteten Fusses.

Der zweite Pole behauptete in Folge seines Unfalls so zitterig zu sein, dass er gar nicht mehr arbeiten könne. Die Untersuchung zeigte zur Evidenz das Vorhandensein schwerer alkoholischer Störungen. Mit der grössten Unverfrorenheit leugnete er den Schnapsgenuss, bis er dabei ertappt wurde, Schnapsflaschen ins Krankenhaus hereinzuschmuggeln, worauf er natürlich entlassen wurde. Nach einigen Jahren traf ich ihn wieder in der Poliklinik, wo er das alte Lied seiner Unfallsgeschichte uns wieder auftischte. Die Untersuchung ergab eine Amblyopia alcoholica mit temporaler Abblassung der Sehnerven ausser den schon früher constatirten Störungen.

d) Die Arteriosclerose.

Hier in Hamburg findet man bei den Sectionen im Krankenhaus in geradezu erschreckender Häufigkeit eine oft in frühen Jahren auftretende allgemeine Arteriosclerose, so dass diese schwerwiegende Veränderung eine Arbeitererkrankung κατ' ἐξοχην für unsere Gegend, wie ich hinzufügen will, darstellt. Wie bekannt treten die klinischen Symptome der pathologischen Gefässveränderung erst dann in Erscheinung, wenn einmal ein gewisser Höhegrad der Erkrankung eingetreten ist; ein andermal, wenn in bestimmten Organen und zwar auch hier je nach Sitz und Ort die Affection Platz gegriffen hat. So hörte ich oft von unserem früheren Director Herrn Prof. Curschmann, welcher grosser klinischer Unterschied besteht, ob die atheromatöse Veränderung in den Coronararterien am Anfangstheil oder in den Endverzweigungen derselben ihren Sitz hat. Im ersteren Fall kommt es zu den qualvollen Erscheinungen einer höchst gefährlichen, oft rasch tödtenden Angina pectoris, im letzteren zu einer häufig langsam schleichenden Myocarditis mit oft sehr geringfügigen Symptomen. Von ähnlicher Differenz der Erscheinungen und ihrer Bedeutung ist die Localisation der Arteriosclerose im Gehirn und der Retina. So kann manchmal die Gefässdegeneration hochgradig sein, ohne klinische Symptome; ein andermal geringfügig mit den schwerwiegendsten Erscheinungen.

Dass die Atheromatose eine bei dem Arbeiter häufige Erkrankung ist, scheint kaum einer besonderen Erklärung zu bedürfen, da bei demselben alle ätiologischen Momente sich vereinigt finden, die auf Grund unserer jetzigen Erfahrungen zur Arteriosclerose führen. Das sind:

1. Die physikalischen Schädlichkeiten der übermässigen Körperanstrengung.

2. Die chemischen Schädigungen von Seiten des Alkoholismus und Tabaksmissbrauchs.

3. Die psychischen Alterationen der Sorge um die Existenz; des Kampfes ums Dasein.

4. Endlich die Syphilis und in seltenen Fällen der Diabetes, der wie unsere Krankenhausstatistiken zeigen hier in Hamburg ein auch bei dem Arbeiter vorkommendes Leiden darstellt und zwar auch ohne vorhergegangenen Unfall.

Der Grund, weshalb ich eine gesonderte Betrachtung und Besprechung der Arteriosclerose für nöthig erachtete, ist der, dass sich diese Erkrankung häufig in Erscheinungen und Beschwerden äussert, die mit denen der Unfallverletzten nicht selten vollkommen übereinstimmen; das sind Kopfschmerzen und Schwindel. Beide Symptome sind durch Circulations- und nicht selten Ernährungsstörungen bedingt, als deren Grundlage die krankhaft veränderte Gefässwand anzusehen ist. Oppenheim hält es auch für denkbar, dass die starrwandigen Gefässe selbst in den sie umgebenden Meningen Reizzustände unterhalten, welche sich in dem dauernden, dumpfen Kopfschmerz äusserten. Was den Schwindel betrifft, so wird derselbe auf die Hemmung und Erschwerung der intracraniellen Blutcirculation in Folge der arteriosclerotischen Beschaffenheit der Gefässe von manchen Forschern zurückgeführt.

Ich vermag dieses Capitel nicht zu beschliessen, ohne des bekannten Falles von Kronthal und Sperling¹⁾ gedacht zu haben, die bei einer traumatischen Neurose als Sectionsbefund eine hochgradige Sclerose des gesamten Arteriensystems mit besonderer Betheiligung der Hirn- und Rückenmarksgefässe erhoben haben. Obwohl beide Autoren mit gewisser Reserve die vorhandene Arteriosclerose in causalen

¹⁾ Eine traumatische Neurose mit Sectionsbefund. Neurol. Centralbl. 1889, Nr. 11 u. 12.

Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall und dessen klinischen Folgen bringen, so möchte ich mir doch gestatten, einen gelinden Zweifel an der Richtigkeit der Auslegung der Symptome zu äussern. Die sehr ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte lässt unschwer das Vorhandensein eines rein psychogenen Leidens erkennen, das sich in melancholischer Gemüthsstimmung, psychischer Depression, Unlust zur Arbeit etc. äusserte. Symptome, die Herr Dr. Sperling zu seiner Ueerraschung durch eine leicht eintretende, mitteltiefe Hypnose in einer so radicalen Weise beseitigen konnte, dass Patient selbst sagte, er fühle sich so wohl wie in gesunden Tagen, ja er fühle sich glücklich. Nach 15 Hypnotisirungen war er in einen so veränderten und besseren Zustand hineingekommen, dass nach schliesslicher Beseitigung der Obstipation durch Leibmassage der Patient sich eine Zeit lang für fast gesund hielt. Jedoch stellten sich bald cardial-asthmatische Anfälle, Anschwellungen der Hände und Füsse und andere Zeichen der Herzschwäche ein, die einen plötzlichen Tod verursachten.

Die Section ergab ausser dem obigen Befund ein fettig degenerirtes, schlaffes Herz.

III. Gibt es pathognomonische Zeichen der Nervenerkrankungen nach Unfall?

Ueber die Objectivität der Symptome.

Auf Grund der mitgetheilten Beobachtungen und Untersuchungen betreffs der nervösen Störungen bei Arbeitern, die niemals einen Unfall erlitten haben, können wir mit Fug und Recht behaupten, dass es für die Unfallnervenerkrankungen kein pathognomonisches Zeichen giebt. Es erscheint daher weder berechtigt, noch zweckmässig, einen besonderen Namen für dieselben in die medicinische Nomenclatur einzuführen. Ueberdies hat sich auch herausgestellt, dass der Name „traumatische Neurose“ mehr zur Verwirrung als zur Klärung der Situation beigetragen hat.

Unschwer lassen sich die Krankheiterscheinungen in die verschiedenen Formen der bekannten Neurosen: Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie einrechnen, wobei es freisteht, falls die eine Kategorie nicht umfassend genug die klinischen Symptome deckt, durch Combination mit der anderen Kategorie der mangelhaften Bezeichnung abzuhelpen. Sehen wir doch täglich in der neurologischen Praxis wie häufig sich Hysterie mit neurasthenischen, hypochondrischen, ja melancholischen Symptomen verknüpft. Es sind überall fließende Uebergänge

vorhanden, da die Natur uns nicht den Gefallen thut, sich nach unseren künstlichen Schematen zu richten.

Obwohl also Oppenheim mit dem von ihm erfundenen Namen der „traumatischen Neurose“ nicht glücklich gewesen ist, so hat er doch das unbestreitbar hohe Verdienst, mit seiner Monographie ungemein anregend und fermentativ gewesen zu sein, und ich stehe nicht an zu erklären, dass wir ohne Oppenheim's Veröffentlichung wahrscheinlich in der Erkenntniss der Unfallnervenerkrankungen noch weiter zurück wären als gegenwärtig. Durch Oppenheim haben wir gerade die schweren, irreparablen Folgezustände nach Unfällen speciell nach Kopfverletzungen genau kennen gelernt. Jeder Neurologe konnte sich von der Wahrheit der Schilderung überzeugen, und hebe ich besonders hervor, dass auch ich der Ansicht mich nicht verschliessen kann, dass bei den schweren Kopfverletzungen nicht selten organische Läsionen feinsten Art zu Grunde liegen, denen eine grössere Bedeutung zu vindiciren ist als dem psychischen Moment der Verletzung. Auch Strümpell, der in seiner neuesten Schrift so energisch der traumatischen Neurose zu Leibe gegangen ist, gesteht zu, dass die nervösen Störungen nach *Commotio cerebri* oft sehr schwerer Natur seien, und dass dieselben sehr wohl möglich durch materielle Veränderungen wie umschriebene Blutungen sei es in die Meningen, sei es in die Gehirnoberfläche bedingt sind. Er konnte sich daher nie entschliessen, die nach einer wirklich heftigen *Commotio cerebri* nachbleibenden Klagen mit Sicherheit als unbegründet hinzustellen.

Wenn nun Strümpell behauptet, dies bei anderen nach Unfall entstandenen psychogenen Erkrankungen thun zu können und noch hervorhebt, dass die sog. objectiven Symptome derselben diesen Namen nicht verdienten, ja dass es nicht einmal werth wäre, nach denselben zu suchen, so gebe ich zu, dass dieser Standpunkt für einen Mann von der Bedeutung und

Erfahrung Strümpell's erklärlich und gerechtfertigt sein mag, jedoch fürchte ich sehr, dass, wenn derartige Lehren Verbreitung finden, dem subjectiven Ermessen, dem „berühmten Eindruck“ und der crassesten Oberflächlichkeit des untersuchenden, neurologisch nicht so erfahrenen Arztes Thür und Thor geöffnet wird. Durch meine in den ersten Capiteln mitgetheilten Befunde geht, wie ich glaube, zur Genüge hervor, welch unendlich complicirte Verhältnisse wir vor uns haben; wie sehr die verschiedensten Factoren: der Alkoholismus, die Syphilis, der Diabetes etc. etc. berücksichtigt werden müssen. Wie in aller Welt kann man ohne eingehendste, gründlichste Untersuchung diese Störungen erkennen und event. ausschliessen?! Wie können wir Aerzte uns gegen die allgrößten und folgenreichsten Irrthümer anders schützen als durch genaue Untersuchung?! Niemals können wir auf dieselbe verzichten, selbst auf die Gefahr hin, einen psychogenen Zustand durch die Untersuchung zu verstärken und zu stabilisiren!

Was nun die Objectivität der Gesichtsfeldeinengungen, der vasomotorischen, trophischen Störungen der Puls- und Athemfrequenz, der Steigerung der Sehnenreflexe und endlich der Anästhesien betrifft, so bin ich geneigt, den Untersuchungen auf diese Symptome mehr Werth beizulegen als Strümpell und zwar in dem Sinne, dass ich die Möglichkeit, ausgesprochene Störungen der Sensibilität, der vasomotorischen Erregbarkeit, des Gesichtsfelds etc. festzustellen für wirklich vorhanden erachte. Dass Strümpell früher derselben Ansicht war, geht aus dessen ausgezeichneten Darstellung hervor, die er in der Berliner Klinik 1888¹⁾ gegeben hat, und der ich mich auch heute noch ganz anschliesse. Des historischen

¹⁾ Prof. Dr. Ad. Strümpell, Ueber die traumatischen Neurosen. Berl. Klinik 1888, S. 7. Fischer's medic. Buchhandlung.

Interesses und um der Sache selbst willen gebe ich dieselbe verboten.

„Die Untersuchung der Sensibilität muss sich bei jeder traumatischen Neurose auf sämtliche Sinne beziehen. Die subjectiven Angaben der Kranken sind meist unvollkommen. Zwar sagen letztere zuweilen von selbst aus, dass ihre Augen trübe geworden sind, oder dass alle Speisen für sie einen faden, undeutlichen Geschmack haben. Nicht selten klagen die Kranken auch über eine zu grosse Empfindlichkeit und Reizbarkeit gegen alle stärkeren Sinneseindrücke, gegen grelles Licht, gegen laute Geräusche u. a. Die wirkliche Ausdehnung der sensoriellen Störungen kann jedoch immer erst durch eine genaue, objective Untersuchung festgestellt werden. Sind einzelne Theile des Körpers, z. B. eine Thoraxseite, ein Abschnitt der Wirbelsäule, von dem Trauma besonders betroffen gewesen, so besteht hier in der Regel eine auffallende Empfindlichkeit gegen tieferen Druck. Die Haut an der betreffenden Stelle ist ebenfalls zuweilen hyperästhetisch, so dass jeder leichte Nadelstich als lebhaft schmerzhaft empfunden wird. Nicht selten ist jedoch die Haut daselbst auch anästhetisch, und tiefe Nadelstiche rufen gar keine oder wenigstens keine schmerzhaft empfundene Empfindung hervor.“

Kurz diese Schilderung bestätigt meine Ansicht, die in Rede stehenden Symptome objectiv feststellen zu können. Dass diese Symptome nun auch der Bewusstseinsphäre entrückt sein und selbst nach dieser Richtung hin ihren subjectiven Character verlieren können, kann ich durch fünf prägnante Fälle beweisen. Bei denselben hat eine ganz gelegentliche Untersuchung den Symptomencomplex der sog. traumatischen Neurose ergeben. Trotz der vorhandenen nervösen Erscheinungen waren Alle arbeitsfähig und kamen direct von der Arbeit. Erst die Erhebung der Anamnese ergab,

dass sie sämtlich früher einen Unfall erlitten hatten, an den sie gar nicht mehr dachten. Keiner von diesen Leuten bezog eine Rente, noch machte er Anspruch auf eine solche.

1. Der 27jährige Schiffer kam mit einem Herpes praeputialis ins Krankenhaus. Er war stets gesund. Kein Potator. Hereditär nicht belastet. Auf Befragen gab er an, nur hie und da an Blendungsgefühlen bei Licht zu leiden. Sonst hatte er keine Ahnung von seinen nervösen, objectiv nachweisbaren Störungen. Die Untersuchung ergab nämlich: beiderseits concentrische Gesichtsfeldeinengung; totale Analgesie und Thermanästhesie. Die Reflexe waren sämtlich sehr gesteigert.

Als ich nun die Frage stellte, ob er vielleicht einen Unfall erlitten habe, bejahte er es und gab an, 1891 in einen zehn Fuss tiefen Schiffsraum gefallen zu sein. Unmittelbar darauf war er circa $\frac{1}{4}$ Stunde benommen. Dann arbeitete er bis auf den heutigen Tag (1894) ununterbrochen weiter.

2. 23jähriger Speicherarbeiter kam wegen Ulcus molle ins Krankenhaus. Sonst stets gesund. Mutter litt an Kopfschmerzen. Er war mässig im Alkohol- und Tabaksgenuss.

Die Untersuchung ergab eine typische rechtsseitige Hemianästhesie. Einschränkung des Gesichtsfeldes und zwar rechts mehr als links. Sehnenreflexe und vasomotorische Erregbarkeit gesteigert.

Der Mann fühlte sich ganz wohl und arbeitsfähig, hatte kein Herzklopfen, Kopfschmerzen, und war nicht verstimmt. Erst auf Befragen nach einem erlittenen Unfall oder Schrecken gab er an, dass er ein Jahr zuvor einen so heftigen Schreck erlitten habe, dass „ihm die Knie gewackelt hätten“, als ein Arbeiter aus einer dritten Etage vor ihm ins Wasser fiel.

3. 19jähriger Arbeiter kam wegen Gonorrhoe ins Krankenhaus. Vor 2 Jahren Ueberfall. Schläge auf den Kopf, wodurch Bewusstlosigkeit. 12 Tage arbeitsfähig. Potatorium negirt.

Auf dem Kopf über dem Scheitel ein fünfmarkstückgrosser, analgischer Bezirk.

Gesichtsfeld beiderseits gering eingeschränkt. Sehschärfe normal.

Leichte nystagmische Zuckungen der Bulbi in den Endstellungen, was übrigens auch bei Gesunden vorkommt.

Pupillen reagiren etwas träge.

Sehnenreflexe: lebhaft.

Geschmack: aufgehoben.

Gehör: normal.

Geruch: normal.

Keine alkoholistischen Symptome.

4. 26jähriger Matrose war sehr heftig mit dem Kopf aufs Eis gefallen. Auf dem Kopf ein handtellergrosser, total analgischer Bezirk. Puls beschleunigt. Pupillendifferenz. Reaction normal. Gesichtsfeld und Reflexe ohne Besonderheiten.

5. 26jähriger Steward war zweimal überfallen worden. War einige Stunden bewusstlos. Hat Parästhesien in den Fingerspitzen und klagt über Abnahme der Sehkraft.

Ueber dem behaarten Kopf eine mützenförmige Analgesie. Hypalgesien am Rücken. Analgesie am linken Oberschenkel. Sehnenreflexe gesteigert. Gehör, Geruch, Geschmack normal. Gesichtsfeld beiderseits concentrisch eingeschränkt; zeigt ein centrales Scotom für Roth und Blau. Centrale Sehschärfe beiderseits beträchtlich herabgesetzt, was durch eine Nicotin-Amblyopie bedingt war, denn dieser Mann rauchte täglich 50—60 Cigaretten.

Die übrigen Störungen, so die mützenförmige Analgesie, betrachte ich als Unfallsfolgen.

Diesen 5 Fällen, die ich im Verlaufe mehrerer Jahre bei meinen systematischen Untersuchungen der Arbeiter zu finden das Glück hatte, glaube ich eine hohe principielle Bedeutung zuerkennen zu dürfen, da sich viele strittige Fragen durch dieselben klar und bündig erledigen lassen.

Erstens belehren sie uns einwurfsfrei über die Möglichkeit, die so oft besprochenen Symptome objectiv nachweisen zu können; denn sämmtliche Untersuchte sowohl, wie auch ich, der Untersucher, hatten keine Ahnung von dem Vorhandensein der nervösen Störungen.

Zweitens spricht der Befund für das Vorkommen schwerer, functionell nervöser Störungen nach Traumen (worunter Kopfverletzungen) ohne Veränderung im Bewusstseins- und Vorstellungsleben der Verletzten.

Drittens beweisen diese Fälle, und das ist der für die Praxis wichtigste Punkt, dass Menschen mit hochgradigsten Sensibilitätsstörungen, Gesichtsfeldeinengungen, gesteigerten Reflexen, Pulsbeschleunigung nicht nur völlig arbeitsfähig waren, sondern, dass sie sich auch vollkommen wohl fühlten, obwohl alle ein mehr weniger schweres Trauma erlitten hatten, das bei einigen zu einer unzweifelhaften Hirnerschütterung geführt hatte.

Viertens endlich legen diese 5 Fälle den Gedanken nahe, dass die psychischen Veränderungen, die ja bei denselben fehlen, jedoch von Oppenheim gerade als charakteristisch für die traumatische Neurose hingestellt wurden, gar nicht in causalem Verhältniss zum erlittenen Unfall stehen, sondern von anderen Umständen abhängen, die wir im nächsten Capitel betrachten werden.

Dem zweiten Punkte möchte ich eine noch weitere Stütze verleihen durch Mittheilung von nervösen Verletzungsfolgen

bei den Soldaten. Herrn Prof. Lenhartz verdanke ich die Anregung, diesem lehrreichen Capitel meine Aufmerksamkeit zugewendet zu haben. Hier fehlt der besprochene Kampf um die Rente; hier herrschen keine Begehrungsvorstellungen und doch sehen wir selbst nach einfachen Schussverletzungen, functionell nervöse Störungen entstehen, die sich mit Vorliebe auf der der Verwundung entsprechenden Körperseite etabliren und fast durchweg in Besserung, bezw. Heilung übergehen.

In dem deutschen Kriegs-Sanitätsbericht von 1870/71¹⁾ sind unter dem Titel Reflexlähmung höchst interessante Fälle mitgetheilt. So z. B. verschiedene Fälle von Weichtheilschüssen mit Lähmung in der Umgebung der Wunde, besonders aber an anderen nicht verletzten Gliedern verbunden mit Sensibilitätsstörungen. Bei einem Weichtheilschulterusschuss entstand Lähmung des ganzen Armes. Eine Schussfractur des rechten Oberschenkels hatte eine Lähmung des linken Beins zur Folge. Weichtheilschuss durch beide Oberschenkel und Schuss durchs Scrotum verursachte Lähmung beider Beine. Fracturschuss des rechten Oberarms verursachte linksseitige Radialislähmung. Schuss in den rechten Oberschenkel — nach 3 Tagen Lähmung des rechten Armes. Schuss in den linken Oberschenkel — anästhetische Zone am rechten Oberschenkel.

In Folge eines Bajonettstiches in die rechte Schulter trat bei einem Soldaten Lähmung der ganzen linken Seite und später Zittern auf. Die Wunde heilte rasch. Der linke Arm wurde wieder brauchbar; dagegen blieb das Zittern des linken Beines noch eine Zeit lang bestehen.

Im amerikanischen Bürgerkrieg wurden 11mal Paraple-

¹⁾ Sanitätsbericht über die Deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. 7. Bd., IV, B, S. 55.

gien nach Schuss lediglich in die Bauchdecken und nicht selten Lähmung einer Extremität nach Schussverletzung der anderen beobachtet.

Unter dem Titel „Secundäre traumatische Lähmung“ finden sich in dem erwähnten Kriegs-Sanitätsbericht Fälle, die grosse Aehnlichkeit mit der Oppenheim'schen traumatischen Neurose haben; jedoch in ihrem Verlauf nicht so hartnäckig und untraitabel sich darstellten wie jene.

IV. Woher kommt die Zunahme der Unfall- Nervenerkrankungen?

Dieser Frage näher zu treten, wird Jeder gewiss berechtigt, ja nothwendig erachten, der sich längere Zeit mit dem Unfallswesen beschäftigt hat; zumal da in neuester Zeit gerade die leichteren Formen der traumatischen Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie sich in auffallendem Masse häufen und zwar oft im Anschluss an ganz geringfügige Unfälle. Schon diese Thatsache allein legt den Gedanken nahe, dass hierbei ein Factor im Spiele sei, der gar nicht im Wesen der Krankheit bedingenden traumatischen Momentes liegt.

Um jedoch nicht voreingenommen an die Lösung der aufgeworfenen Frage zu gehen, seien möglichst alle Factoren berücksichtigt, die eventuell die allerseits constatirte Zunahme verursacht haben.

Der naheliegendste und einfachste Grund wäre der, dass die Unfälle überhaupt in dem steigenden Industriebetrieb seit 1886 beträchtlich zugenommen haben. Obwohl ich mich nicht auf statistische Angaben stützen kann, so scheint mir dies nicht wahrscheinlich, da gerade in den letzten Jahren die Schutzvorkehrungen und Wohlfahrtseinrichtungen in den Fabriken und Arbeitsbetrieben viel ausreichender und mehr Sicherheit gewährend angebracht wurden, als in früheren

Zeiten. In den Hygieneausstellungen jüngsten Datums konnte man sich hinreichend überzeugen, wie in allen Zweigen der Industrie mit der peinlichsten Sorgfalt vermittelt sinnreicher Vorrichtungen die Krankheits- und Unfallsverhütung bewerkstelligt wird.

Ein zweiter nicht zu unterschätzender Factor besteht darin, dass die Aufmerksamkeit der Aerzte heutzutage mehr als je auf die Unfallsfolgen gelenkt worden ist. Sehen wir doch gerade in der Medicin so oft, dass Jahrhunderte lang Krankheiten nicht beachtet wurden, obwohl sie durch äusserst sinnfällige Symptome characterisirt waren. Ich erinnere nur an den Morbus Basedowii, an die Akromegalie, die ja ein ganz junges Glied unserer Erkenntniss ist. Ebenso, und vielleicht in noch höherem Grade, mag es mit den nervösen Störungen nach erlittenem Unfall ergangen sein, zumal da dieselben nicht selten sehr schwierig objectiv nachzuweisen sind und sich lediglich in subjectiven Beschwerden äussern, die oft in auffallender Incongruenz zu dem Trauma stehen.

Ein weiterer Grund liegt vielleicht in der Zunahme der Nervosität im allgemeinen. Herr Dr. Wichmann verfocht diese Ansicht im vorjährigen Congress für Naturforscher und Aerzte in einem längeren Vortrag. Er besprach die Störungen der Psyche, die sich erst später in Folge von Suggestion und Autosuggestion an Verletzungen und Unfälle anschliessen, und fand dieselben hinreichend begründet in der modernen Schwäche des gesammten Nervensystems, sowie in der damit Hand in Hand gehenden Blutarmuth. Dadurch erkläre sich, dass gerade bei Unfallverletzten hypochondrische und hysterische Symptome eine so grosse Rolle spielen. Die Verhütung dieser oft sehr hartnäckigen Störungen sei Aufgabe der Volkshygiene. Kurz, die durch die Hast des heutigen Lebens bedingte Nervosität sei allein die Ursache der Zunahme der Unfallnervenerkrankungen.

Von ähnlichen Erwägungen ausgehend wie Wichmann, kam Dr. Arthur Bernstein ¹⁾ dazu, von einer „besonderen“ Form von Neurose bei Unfallverletzten zu sprechen. So geistreich die Betrachtungen des Verfassers erscheinen, so übereilt ist nach meiner Ansicht das Bestreben desselben, eine neue Neurosenform aufzustellen. Das Schicksal der traumatischen Neurose als klinischer Einheit mag als warnendes Beispiel dienen, obwohl diese auf Grund der Oppenheim'schen Krankengeschichten viel berechtigter erschien. Die wenigen von Bernstein mitgetheilten Fälle lassen eine viel näher liegende und ungezwungenere Deutung zu, indem sie geradezu schlagend den Einfluss der Unfallversicherungsgesetzgebung auf die Begehrlichkeit der Verletzten mir zu beweisen scheinen. So steht auf Seite 12: „Erst als der Process zu Ende war, sei sie ruhiger geworden und habe auch gut arbeiten können. Zuvor hätte sie sich wieder Vorwürfe machen müssen, dass sie sich ihr Recht vergäbe und selber Schuld daran trage, wenn sie brotlos würde.“

Im 2. Fall gesteht der vom Blitzschlag leicht Getroffene ein, dass seine Frau ihn stets verleitete, wegen der Schmerzen, die er ja doch wirklich habe, einen Arzt zu consultiren, damit er Krankengeld bekäme. Derselbe Mann bekennt, dass, obwohl seine Schmerzen zuerst immer nur gering und gut zu ertragen waren, dieselben, sowie er sich auf den Rath seiner Frau eingelassen hätte, so heftig wurden, dass er „am liebsten auf das Geld verzichtet hätte“ (was ich übrigens bezweifeln möchte, da er ja bei dem so hohen Grad der Erkenntniss das simple Mittel gehabt hätte, einfach dem hetzerischen Treiben seiner Frau nicht Folge zu leisten). Kurz, Wichmann sowohl wie Bernstein unterschätzen nach

¹⁾ Ueber eine besondere Form von Neurose bei Unfallverletzten von Dr. A. Bernstein-Berlin. Aertzliche Sachverständigen Zeitung. 1896. S. 1.

meiner Ansicht die Wirkung der Unfallgesetzgebung auf das Gemüths- und Vorstellungsleben des Verletzten, welche Strümpell zuerst ins rechte Licht gestellt und folgendermassen geschildert hat: „In dem Bewusstsein des Verletzten setzen sich neben hypochondrischen auch Begehrungsvorstellungen fest, die sich hemmend in alle Vorgänge der Willensbildung einmischen und eine ganze Reihe von Störungen hervorrufen, die man leider mit dem Namen der traumatischen Neurose belegt hat.“

Im grossen und ganzen stimme ich dem bei und habe es selbst oft genug erlebt, wie derartige Unfallkranke sich fortwährend mit ihrem lieben Ich beschäftigen, wie sie auf die geringste Störung, die unbedeutendste Unlustempfindung achten, während sie mit frappirender Gedächtnisskraft und Zungengeläufigkeit die ihnen eigentlich gebührende Rente vorrechnen. Hier in Hamburg lassen sie ihre Schriftsätze meist von Winkelconsulenten ausfertigen, die natürlich fortwährend hetzen und auseinandersetzen, dass es die verdamnte Pflicht und Schuldigkeit des Staates wäre, einen ordentlichen Schadenersatz zu leisten. Hierbei spielt, wie Strümpell treffend hervorhebt, das Princip des Schmerzensgeldes eine grosse Rolle. Endlich sind es nach meiner Erfahrung nicht gar selten die Frauen der Arbeiter, welche immer wieder ihrem vom Unfall betroffenen Manne vorhalten (siehe den früher von Bernstein erwähnten Fall), wie schwer er geschädigt sei; dass er nothwendig die volle Rente haben müsse, da bei solchen Schmerzen und Leiden man überhaupt nicht arbeiten könne.

Wer die Bedeutung der Beeinflussung oder, um mich des modernen Ausdrucks zu bedienen, die Macht der Suggestion anerkennt, wird ohne weiteres zugeben, dass dieses Moment, welches bei jedem Arbeiter mehr oder weniger wirksam ist, genügt, um bei einem Menschen psychogene Zu-

stände hervorzurufen, die wir in den bekannten functionell nervösen Störungen erkennen können. Diese Suggestion wird um so mächtiger auf Vorstellung und Gemüth des Unfallverletzten einwirken, wenn demselben von dem ersten ärztlichen Untersucher eine schwerwiegende Diagnose gesagt, wenn er durch wiederholte Untersuchungen aufgeregt, wenn er durch die mangelnde Arbeit, die geringeren Subsistenzmittel sich schlechter ernährt, in Folge des Müssigangs in den Wirthschaften herumliegt, überdies noch hereditär schwer belastet ist und daher all diesen schädlichen Einflüssen eine äusserst verminderte Widerstandskraft entgegenzusetzen hat.

Bei der diesjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte hatte ich durch die Güte des Herrn Bruns Gelegenheit, in sein noch nicht publicirtes Referat: „Ueber neuere Arbeiten über die traumatischen Neurosen“ Einblick zu nehmen. Aus demselben möchte ich Bruns' eigene Bemerkungen über den vorliegenden Gegenstand citiren, zumal da ich eine erfreuliche Uebereinstimmung unserer Ansicht über die Unfallnervenerkrankungen bis auf wenige Punkte constatiren kann. Auch er (Bruns) muss die Bedeutung der Begehrungsvorstellungen in vielen Fällen anerkennen. Er glaubt aber, dass diese Vorstellungen für die erste Entstehung der Krankheitssymptome hinter den ängstlich erregenden, hypochondrischen und den direct beim Trauma erfolgenden, psychischen Emotionen zurückstehen. Später nehmen sie an Wichtigkeit zu, wenn der Patient sich allmählich wieder erholt, arbeiten kann, wenn auch nur theilweise, sich aber nicht entschliessen kann, auch nur auf einen Theil der ihm bisher zugebilligten Rente, die ihm als sicheres Einkommen erscheint, zu verzichten, weil er nicht verständig genug ist, einzusehen, dass er mit der Arbeit sich sehr viel besser stehen würde als ohne sie. Das erklärt auch die

Andauer der Unfallsneurosen. Gerade in diesen Fällen bilden die fortdauernden Untersuchungen und Processverhandlungen aus dem Verletzten schliesslich einen Querulanten, der sich immer mehr auf sein Recht versteift, und gerade in diesen Fällen gehen Neurose und bewusste Simulation untrennbar in einander über. Uebrigens muss Bruns im Sinne Strümpell's zugeben, dass die Symptome der Unfallnervenkrankheiten gerade so gut aus diesen Begehrungsvorstellungen, wie aus hypochondrischen Ideen entstehen können.

Obwohl nun alle die angestellten Erwägungen einwandsfrei den Beweis liefern, dass die Unfallgesetzgebung zum grossen Theil selbst agent provocateur der Unfallneurosen ist und zwar speciell der, welche als traumatische Neurosen mit den vorherrschend psychischen Symptomen geschildert wurden, so habe ich mich dennoch bemüht, noch einen anderen Beweis hiefür zu liefern.

Woher kommt es, dass oft so viele Arbeiter durch einen in seinen Folgen nicht sichtlich nachweisbaren Unfall angeblich völlig arbeitsunfähig werden, während Unfallverletzte mit deutlich wahrnehmbaren und von vornherein leicht abzuschätzenden Schädigungen nur theilweise arbeitsunfähig werden?

Diese Frage schien mir so wichtig und lehrreich, dass ich mich an mehrere Berufsgenossenschaften mit der Bitte gewendet hatte, mir bezügliches Actenmaterial zu überlassen. Namentlich Herrn Griebel von der hiesigen Bauberufsgenossenschaft bin ich für die lebenswürdige Unterstützung meiner Bestrebungen sehr verpflichtet und spreche ihm an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus. Es handelt sich in den folgenden Mittheilungen um völlig abgeschlossene Fälle, die ich selbst nicht untersucht habe, über deren weiteres Schicksal Herr Griebel mich durch oft mühsame und umständliche Informationen unterrichtet hat.

1. Ein 40jähriger Arbeiter S. stürzte 30 Fuss von einem Fahrstuhl herab. Bruch des linken Unterschenkels und des rechten äusseren Knöchels. Ferner kleinere Verletzungen an der Stirn und am Knie.

S. erhielt 1 Jahr lang Vollrente. Dann arbeitete er und bezog noch 2 Jahre eine sich vermindernde Rente. Der rechte Unterschenkel war längere Zeit noch geschwollen und schmerzhaft. Nervöse Erscheinungen waren nicht aufgetreten.

2. Arbeiter R. stürzte vom Gerüst und setzte sich die rechte Schulter aus. Nach 4 Monaten geheilt entlassen. Die Kraft des rechten Armes war geschwächt. R. erhielt Vollrente. Arbeitete schon nach 1 Monat.

3. 53jähriger Arbeiter stürzte aus der Höhe der ersten Etage von einer Leiter herab, die zusammengebrochen war, und erlitt einen Knöchelbruch. So lange der Fuss noch geschwollen war, erhielt Patient $33\frac{1}{3}\%$ Invaliditätsrente. Nach dieser Zeit arbeitete er wieder, ohne über nervöse Beschwerden jemals geklagt zu haben.

4. 37jähriger Arbeiter erlitt beim Aufwinden einer Dampfwinde eine Quetschung der rechten Hand. Zwei Glieder des kleinen und ein Glied des vierten Fingers waren stark zerquetscht worden. Patient behauptete durch die Verstümmelungen einen dauernden Nachtheil in seiner Erwerbsfähigkeit erlitten zu haben; mit 10% Rente arbeitete er wieder nach 2 Monaten. Sehr bald war er ganz erwerbsfähig.

5. 29jähriger Maler R. stürzte von einer Stellage herab und erlitt einen linksseitigen, complicirten Unterschenkelbruch. Nach 6 Monaten ist R. völlig geheilt und erwerbsfähig.

6. 47jähriger Zimmergeselle F. fiel eine Treppe hinunter und brach das linke Handgelenk. Nach 5 Monaten war der

Bruch völlig geheilt, und F. nahm, ohne weitere Schadensansprüche zu machen, die Arbeit wieder auf.

7. Durch ein einstürzendes Gerüst zog sich der Zimmergeselle W. einen rechtsseitigen Beinbruch zu. Nach 3 Monaten noch mässige Schwellung des rechten Fussknöchels. 40% Rente. Nach weiteren 2 Monaten arbeitete er wieder mit dem Genuss einer kleinen Rente, da der rechte Fussknöchel noch verdickt war.

8. In Folge eines Sturzes aus nicht unbeträchtlicher Höhe brach der 27jährige Hausknecht L. den linken Unterarmknochen und verletzte sich den rechten Zeigefinger. Derselbe musste exarticulirt werden. Mit 15% Rente gab sich L. völlig zufrieden und erklärte, dass er trotz Fehlens des rechten Zeigefingers und trotz der Schwäche des Unterarms sämtliche Arbeiten eines Hausknechts verrichten könne.

9. Dem 50jährigen Arbeiter R. wurde beim Abwischen der Pleuelstange einer Maschine der rechte Zeigefinger gequetscht und aus dem Gelenk gerissen. Nach Verheilung der Wunde wurde ihm 20 % Rente bewilligt, womit R. zufrieden war und seine Arbeit wieder aufnahm.

10. Dem 30jährigen Arbeiter H. wurden von einem herabfallenden eisernen Rammklotz (sog. Rammbär) das vordere Glied des linken Daumens und die übrigen Finger der linken Hand zermalmt; ferner Bruch des linken Arms und Verletzung des linken Ohres, und zwar in dem Moment, als er sich, um nicht ins Wasser zu fallen, an dem einzurammenden Pfahl anklammerte.

H. erhielt nach Verheilung der Wunden 22 M. 95 Pf. Rente per Monat und war damit zufrieden. Bis 1894 hat er mit Hutschachteln gehandelt. Dann wurde er Briefträger. Hierauf fand er Anstellung in einer Bierbrauerei, wo er einen

Gasmotor zu bedienen hat und sich 16 Mark pro Woche verdient.

11. Arbeiter W. erlitt eine derartige Quetschung des rechten Mittelfingers, dass derselbe amputirt werden musste. Mit 833 M. 35 Pf. liess er sich gänzlich abfinden, wurde Nachtwächter und ist in letzter Zeit wieder als Arbeiter gesehen worden.

12. 44jähriger Maschinist G. gerieth mit der linken Hand zwischen Welle und Cylinder und erlitt hiedurch eine schwere Verletzung, in Folge deren der 4. und 5. Finger in halber Beugestellung fixirt blieben und nicht mehr gestreckt werden konnten. Die Einbusse der Erwerbsfähigkeit wurde auf 30 % festgestellt, womit sich G. sofort zufrieden gab.

13. 48jähriger Arbeiter K. erlitt eine Quetschung, die eine Steifheit des 3. und 4. Fingers im 1. Phalangealgelenk zur Folge hatte. Als er 15 % Rente zugesichert erhielt, nahm er ungesäumt seine Arbeit wieder auf.

14. Arbeiter D. wollte, indem er an einer Winde in die Höhe kletterte, von einem Speicherboden zum andern gelangen. Im selben Moment wurde die Winde, ohne dass er eine Ahnung hatte, in Bewegung versetzt und zerquetschte ihm den Zeige- und Mittelfinger der linken Hand. D. gab sich nach der Heilung der Verletzung mit einer einmaligen Abfindungssumme zufrieden und arbeitete wieder.

Ich verfüge noch über 20 ganz ähnliche Fälle von Unfällen mit sichtbar nachweislichen Folgen, die von vornherein bei dem Verletzten eine Entschädigung als gesetzlich gesichert erscheinen liessen. Bei keinem der 34 Fälle waren, so weit ich aus den Acten und zahlreichen Gutachten ersehen

konnte, die Symptome psychogener Erkrankung, bei keinem die sog. traumatische Neurose, nicht einmal eine traumatische Neurasthenie aufgetreten, obwohl bei mehreren ein psychisches Trauma mitgespielt haben musste, obwohl bei manchen Erschütterung des Körpers in toto stattgefunden hatte. So stürzte im Fall 1 S. 30 Fuss herab; in Fall 2, 3, 5 und 6 war ebenfalls ein Sturz aus nicht unbeträchtlicher Höhe die Ursache der Verletzung. In Fall 10 und 14 sind psychische Traumen der erheblichsten Art zu constatiren. In beiden Fällen schweben die Arbeiter in höchster Todesangst über dem Wasser und klammern sich, der eine an einen ins Wasser einzurammenden Pfahl, der andere an eine plötzlich in Bewegung versetzte Winde, wobei sie überdies noch Verletzungen schmerzhaftester Art erleiden.

Ein weiterer indirecter Beweis für die Nebenwirkung der Unfallgesetzgebung auf das Entstehen und die Häufung der schweren nervösen, functionellen Krankheiten nach Unfällen der Arbeiter liegt meiner Ansicht in der bisher nicht genug gewürdigten, höchst markanten Thatsache, dass die Unfälle in den besitzenden Klassen höchst selten, oder doch wenigstens nicht annähernd so häufig, die sog. Unfallsneurosen im Gefolge haben. Dies könnte etwa darin begründet sein, dass die Arbeiter in viel beträchtlicherem Grade und in grösserer Anzahl Unfällen ausgesetzt sind. Bei genauerer Betrachtung erscheint das Verhältniss eher umgekehrt zu liegen, da wohl die meisten Unfälle der aufregendsten und erschütterndsten Art der von der besitzenden Klasse betriebene, mannigfache Sport zur Folge hat. Man denke an die zahlreichen Opfer, die jährlich der Alpensport fordert. Nur von den Todesfällen hört man; von den zahllosen Verletzungen und Unfällen, die glücklicherweise keinen so tragischen Abschluss genommen haben, erfährt kaum der Hausarzt etwas. Wie viele Untälle schwerster Art kommen beim Wettrennen, beim Reiten durch

Absturz vor! wie viele bei dem jetzt epidemischen Radfahrsport?! Dabei ist die allgemeine Erschütterung des Körpers, da derselbe meistens sich in beträchtlicher Bewegung befindet, bei diesen Unfällen ebenso gross wie bei den schwereren Arbeiterunfällen.

Hiefür giebt es wahrlich keine andere Erklärung, als dass die Unfallgesetzgebung selbst diese Neurosen zum grossen Theil verursacht und deren Zunahme bewirkt hat.

Da in vorliegender Arbeit mein Bestreben vornehmlich darauf gerichtet ist, auf Grund von factischem Beweismaterial die in Rede stehenden Fragen einer Lösung näher zu bringen, so habe ich mich bemüht, einige Unfälle aus der besitzenden Klasse zu sammeln.

1. Ein Herr X. stürzte vom Pferd, das vor einem Hunde gescheut hatte, verlor das Bewusstsein und blutete am Kopf und aus der Nase. Als er wieder zu sich kam, war ebenso wie auch später die Erinnerung an das Vorkommniss vor dem Sturz ganz aus dem Gedächtniss verschwunden.

X. war in den ersten Tagen bettlägerig, erholte sich bald und klagte nur über Kopfschmerzen und eine gewisse Reizbarkeit, die sich gesteigert hatte, als er von einem Badeort zurückkam, wo ihm ein dortiger Arzt zu verstehen gab, dass nach seiner Ansicht sein Gehirn verletzt sei. Nun wurde sehr begreiflicherweise X. besorgt, ängstlich und klagte über zunehmende Beschwerden. Ich untersuchte ihn eingehend, constatirte, dass keine organische Läsion vorliege, und dass ausser einer geringen concentrischen Gesichtsfeldeinengung keine objectiv nachweisbaren Störungen vorhanden waren. Ich vermochte den Patienten vollkommen zu beruhigen und gab ihm den Rath, noch eine Zeit lang seiner ausgedehnten Thätigkeit fern zu bleiben. Vor kurzem sah ich ihn vollkommen beschwerdefrei und gesund wieder.

2. Ein 14jähriger Knabe stürzte vom Pferde. Bei demselben trat eine ähnliche Gedächtnisstörung ein, wie im vorherigen Fall, so dass er sich des näheren Vorgangs beim Fall absolut nicht mehr entsinnen konnte. Als ich zu ihm kam, war er verwirrt, wiederholte stets dieselben Worte. Sonst war nichts nachweisbar afficirt. Eine Zeit lang litt der Knabe noch an Kopfschmerzen, erholte sich dann aber vollkommen.

3. Eine alte, sehr sensible Dame stürzte mit der durchgehenden Equipage um. Sie musste aus der auf der Seite liegenden Thür herausgehoben werden. Trotz des nur zu begreiflichen Schrecks, trotz der Erschütterung des Körpers blieben keine nervösen Störungen zurück.

4. Eine Familie von sechs Personen war, während ihres Verweilens in einem Badeort, längere Zeit der Ertrinkungsgefahr ausgesetzt, ohne eine traumatische Neurose zu bekommen.

5. Auf der Rückreise von der Südsee zwischen Sidney und Singapore befand sich ein 35jähriger Kaufmann 14 Tage lang auf einem gescheiterten Schiff. Dasselbe sass auf einem Felsen auf und machte überdies noch einen dreitägigen, furchtbaren Sturm durch, so dass der Untergang des Schiffes von all den verzweifelten Menschen stündlich erwartet wurde. Die ganze Ladung wurde über Bord geworfen. Der Hunger machte sich schon geltend, als schliesslich ein holländisches Schiff Rettung brachte. Nur von den auf dem Schiff befindlichen Chinesen starben einige und zwar deshalb, weil sie kein Opium mehr hatten.

Keiner bot, wie mir mein Gewährsmann erzählte, die Zeichen eines schweren nervösen Leidens dar, nachdem er gerettet war. Eine Frau, die im 7. Graviditätsmonat die

Scheiterung mitmachte, kam rechtzeitig mit einem gesunden Jungen nieder.

6. In Mexico wurde derselbe Kaufmann von Räubern von hinten her durch die Weiche geschossen. Er blieb wie todt daliegen und hörte die vorüberziehenden Räuber darüber streiten, ob es der Mühe werth wäre, noch einen Schuss auf ihn abzugeben. Trotz dieses physischen und psychischen Traumas keinerlei nervöse Nachkrankheit!

7. Einer Dame fiel, als sie in einem Laden Einkäufe machte, eine Hutschachtel vom höchsten Bort auf den Kopf. Ich hatte Gelegenheit, diese früher sehr gesunde, nervenstarke Dame genau zu untersuchen. Dieselbe klagte seit der Zeit über höchst lästige Kopfbeschwerden und eine gewisse nervöse Reizbarkeit, die ihr früher fremd war. Durch Aufenthalt im Süden verminderten die Beschwerden sich sehr, die, wie ich in einem früheren Capitel sagte, zum Theil vielleicht auf materiellen Veränderungen feinsten Art beruhen können, da hier eine ziemlich starke Erschütterung des Kopfes stattgefunden hat.

Der letzte Fall zeigt, dass auch manchmal die nervösen Störungen länger andauern können; dies bezweifle ich gar nicht. Dr. Bruns erzählte mir von Verletzungsfolgen in der Reitschule in Hannover, die oft anfänglich sehr der Oppenheim'schen traumatischen Neurose ähnelten, die aber durch den schliesslich besseren Verlauf sich sehr vortheilhaft von den Arbeiterneurosen auszeichneten.

Jedenfalls besteht die Thatsache, dass in den besser gestellten Ständen, die keinen Anspruch auf Entschädigung haben, die Nervenerkrankungen nach Unfällen beträchtlich viel seltener auftreten. Kommen sie vor, so zeigen sie viel bessere Heilungstendenz.

Dieses Capitel vermag ich nicht abzuschliessen, ohne auf eine bemerkenswerthe Abhandlung des Oberarztes des hiesigen Seemannskrankenhauses, Dr. C. Lauenstein¹⁾ hinzuweisen, da dieselbe geeignet ist, den von mir besprochenen Einfluss der Unfallgesetzgebung von einem noch anderen Gesichtspunkte aus darzuthun. Der Krankenbestand des hiesigen Seemannskrankenhauses rekrutirt sich aus Ländern, denen die Wohlthat der socialen Gesetzgebung mit ihrer Entschädigungspflicht nach Unfällen noch nicht zu Theil geworden ist. L. sagt in der Einleitung: „Wir beobachten, dass manchen der Verletzten nicht mehr so viel daran liegt, wie früher, möglichst bald heil zu werden, dass nach erfolgter Wundheilung die subjectiven Beschwerden oft verhältnissmässig lange anzuhalten pflegen, und dass die Folgezustände erlittener Verletzungen vielfach mehr hervorgekehrt und hervorgehoben werden, als dies früher der Fall war. Als Motiv ist hier einzig und allein die in Aussicht stehende Rente zu betrachten.“ Besonders auffällig erscheint die Richtigkeit dieser von L. noch weiter dargelegten Ausführungen dem Arzt, der neben „Unfallverletzten“ auch solche Beschädigte beobachtet, die nicht mit dem Unfallgesetze zusammenhängen, wie z. B. solche, die vor der Wirksamkeit dieses Gesetzes verletzt worden sind oder aber Ausländer, die ebenfalls keine Rente zu erwarten haben.

Da im Seemannskrankenhaus die letzte Kategorie, wie schon erwähnt, vielfach vertreten ist, so beanspruchen die Mittheilungen L.'s ganz besonderes Interesse. „In 34 Fällen handelte es sich 8mal um Augenschäden, 1mal um einen Defect des Gaumens, 4mal um Hernien, 18mal um Verletzungsfolgen an den oberen und 3mal an den unteren Ex-

¹⁾ Dr. C. Lauenstein, Beiträge zur Frage der Erwerbsfähigkeit von Personen, behaftet mit körperlichen Schäden und Verletzungsfolgen. Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanstalten. 1893/94, Bd. IV, S. 573.

tremitäten. Das allen gemeinsame Moment ist, dass trotz vorhandener Schäden volle Erwerbsfähigkeit besteht, dass aber die Leute, als nicht mit dem Unfallgesetz in Beziehung stehend, keine Rente bekamen.“

Ich muss darauf verzichten, auf die sehr charakteristischen Fälle näher einzugehen; es sei hier auf die kurze, aber sehr lesenswerthe Brochure mit besonderem Nachdruck hingewiesen, da sie den Einfluss der Unfallgesetzgebung auf das Verhalten des Arbeiters, der vom Bewusstsein eines Rechts auf Rente durchdrungen ist, in sehr markanter, wenn auch indirecter Weise erkennen lässt.

Beim Zustandekommen der Unfallneurosen spielt noch ein Factor, den ich nur kurz vorher berührt hatte, eine wichtige Rolle und bedarf daher noch einer Besprechnug. Das ist die erste Behandlung des Unfallverletzten. Lenhartz war meines Wissens der erste, der mit Nachdruck auf die Bedeutung derselben hingewiesen hat. In scharfer Weise hob er auf dem Congress für innere Medicin zu Wiesbaden 1893 schon hervor, wie häufig die ersten Helfer und ärztlichen Berather des Verunglückten demselben, anstatt zu helfen, nachhaltig dadurch schaden, dass sie ihn psychisch falsch behandeln. Anstatt den durch den Unfall erregten, in seiner Existenz bedrohten Arbeiter zu beruhigen, geben sie dessen unklarer Empfindung und Vorstellung durch eine unbedacht oder mangelhaft begründete, schwerwiegende Diagnose eine dauernd krankhafte Richtung und vermitteln ihm oft das Bewusstsein eines schweren, irreparablen Leidens. Welche Wirkung, welche Macht im Wort, in der Verbalsuggestion liegt, brauche ich nicht weiter auszuführen. Beruht doch ein ganzer Zweig moderner Therapie in der Erkenntniss der durch Worte hervorgerufenen psychogenen Zustände, in der Thatsache der Hypnose, die wie die Psychotherapeuten berichten, gerade bei dem gewöhnlichen Mann, dem abhängigen

Arbeiter, dem an Gehorsam gewöhnten Soldaten am leichtesten einzuleiten ist.

Schon aus der auf S. 58 berichteten, ersten Mittheilung geht der Einfluss einer falschen psychischen Behandlung hervor, indem sogar ein in Bildung hochstehender, willenskräftiger Mann durch das Wort eines Arztes nervöser und hypochondrisch geworden ist. Einer Stabilisirung dieses psychogenen Zustandes konnte glücklicherweise noch durch die rechtzeitige psychische Beruhigung vorgebeugt werden.

Der freundlichen Mittheilung des Herrn Prof. Lenhartz verdanke ich noch 2 äusserst charakteristische Fälle, und gestatte mir, dieselben mit gütiger Erlaubniss an dieser Stelle zur allgemeinen Kenntniss zu bringen.

1. Die 46jährige Gemüsehändlerin Frau K. wurde von einem Unfall dadurch betroffen, dass eine gegen eine Telegraphenstange gelehnte Leiter plötzlich durch einen Windstoss umgerissen wurde und die gerade mit ihrem Hundegeschirr vorbeigehende Frau durch einen heftigen Anprall gegen den Kopf zu Boden warf. Frau K. war einen Augenblick benommen und blutete etwas, konnte aber nach Hause gehen. Auf dem Rückweg kam sie an einem Bahnwärter vorbei, der den Fall gesehen hatte. Derselbe sagte: „Na, der Schmiss war zu stark. Da werden Sie nicht wieder“. Darauf brach Frau K. plötzlich zusammen, stand nach einer Weile wieder auf und musste nun geführt werden. Die Wunde stellte sich als eine ganz geringfügige Hautverletzung heraus, die rasch und glatt abheilte. Es bestand aber von Anfang an eine grosse Depression. Die Kranke jammerte über den grossen Verlust, der ihrer Familie dadurch drohe, dass sie nichts mehr verdienen könne, dass sie nie mehr besser werden würde.

Nach einigen Monaten erholte sie sich doch so weit, dass

ihr Lebensmuth wieder erwachte und sie den Versuch machte, mit ihrem Wagen wieder auszugehen. Bei einer solchen Gelegenheit traf sie den Arzt, dem die bisherige Krankheitsdauer offenbar zu lang erschienen war, und der sie mit den Worten anredete: „Na, sehen Sie wohl, Sie können ganz gut arbeiten; Sie haben sich's doch bloß eingebildet.“

Sofort ging die Frau heim, war aufgeregt, empfand heftige Stiche im Kopf, begann aufs neue zu jammern, heftiger und bekümmelter, als zuvor. Ein anderer, jetzt herangezogener Arzt nahm sich der Kranken mit wohl übergrosser Theilnahme und Besorgniss an. So sagte er in Lenhartz' Gegenwart: „Gewiss, Sie sind ernst krank und das wird auch noch jahrelang dauern. Ein Eisenbahnbeamter, den ich mal an ganz der gleichen Krankheit behandelte, ist gar nicht besser geworden.“

Auf Lenhartz' Veranlassung wurde sie dem Krankenhause überwiesen, das sie aber schon nach 10 Tagen wieder verliess, da „es ihr dort nicht zusagte“. Seitdem ist der Zustand ziemlich unverändert geblieben. Auf wenige gute Tage folgten schlechte, wo die Kranke über Schwindel, Eingenommensein, heftige Stiche im Kopf klagte und stets von ihrem Unglück, der trostlosen Zukunft oder baldigem Sterben sprach. „Der Schmiss war zu stark, das kann ich nicht aushalten. Der und der hat ja auch gleich gesagt: ‚die wird nicht wieder‘,“ so lauteten oft ihre Aeusserungen.

Die objective Untersuchung ergab ausser zeitweise wechselndem Verhalten der Sehnenreflexe, die gelegentlich auffallend, bis zum Zitterclonus des ganzen Beins, gesteigert waren, ausser der psychischen Depression nichts Besonderes; vor allem waren weder Gefühls- noch Gesichtsfeldstörungen nachweisbar.

Die Kranke erhielt schliesslich als Schmerzensgeld etwa 1000 Mark und wurde nach Erledigung dieser wichtigen

Frage „absolut gesund“. Das Grünwaarengeschäft war jetzt besser fundirt als je.

2. Der 56jährige Postpacketträger T. fiel 1888 beim Ueberladen von Postpacketen von den Stufen einer kleinen Treppe und zog sich dabei eine oberflächliche Rissquetschwunde von 8—10 cm Länge in der rechten Scheitelbeingegend zu. Die Wunde heilte per primam. In den nächsten Wochen steigerte sich der Kopfschmerz so, dass T. chirurgischen Rath einholte. Es wurde ihm gesagt, er habe eine Knochenhautentzündung und bedürfe der strengsten Schonung. Nun nahmen die Beschwerden erst recht zu. T. gab an, er fürchte den Verstand zu verlieren, machte einen ängstlichen, scheuen Eindruck und sprach im klagenden Ton von der Zukunft. Objectiv war ausser der Empfindlichkeit in der Umgebung der Narbe und etwas erregter Herzaction nichts Abnormes nachweisbar. Lenhartz sah den Kranken im Laufe des Sommers wiederholt, schwankte zwischen Hysterie bezw. Neurasthenie und Simulation, neigte jedenfalls aber der Ansicht zu, dass T. arbeiten könne. Der demselben in dieser Beziehung gemachte Vorschlag fand kein Entgegenkommen.

Vom Winter 1888/89 bis Sommer 1890 wurde T. in der Königlichen Nervenpoliklinik berathen. Er hatte constant hochgradige Einengung des Gesichtsfeldes für Weiss und Farben, aber nie deutliche Gefühlsstörungen dargeboten. Wegen der beträchtlichen psychischen Depression wurde die Diagnose auf traumatische Neurose gestellt. T. wurde im Februar 1889 mit $66\frac{2}{3}\%$ des Dienst Einkommens in den Ruhestand versetzt.

T., der mit seiner Frau eine Hausmannsstelle inne hatte, hat seitdem nicht allein diese fortbesorgt, sondern ist seit Frühjahr 1890 als uniformirter Dienstmann thätig gewesen. Als Lenhartz ihm einmal bei einem Besuch die Möglich-

keit eröffnete, dass er wieder bei der Post angestellt werden könnte, wenn er sich völlig wohl fühle, griff er dankbar zu und schickte eilends sein Gesuch ab. Er wurde wieder probeweise angenommen. Der Dienst behagte ihm aber so wenig, dass er nach 2 Tagen aufhörte und die Postjacke dauernd wieder mit der Dienstmannsuniform vertauschte.

Trotz der Gesichtsfeldeinengung hat er als Dienstmann regelmässig gearbeitet! Zum Postdienst war er nicht wieder zu bringen — die volle Rente bezieht er fort.

Was das Vorleben dieses Mannes betrifft, so war er 1879 bis 1887 22 Mal disciplinarisch bestraft worden.

V. Ueber die Simulation.

Wie aus dem eingangs gegebenen historischen Ueberblick ersichtlich ist, nimmt die Frage der Simulation in dem Jahrzehnte dauernden Kampf um die Unfallneurosen den hervorragendsten Platz ein. Sehr erklärlich, da für die richterliche Entscheidung betreffs der Entschädigungspflicht die wichtigste Frage ist: Simulation oder Krankheit.

Nach meiner schon 1893 auf dem Wiesbadener Congress ausgesprochenen Ansicht besteht unsere vornehmlichste Aufgabe darin, Methoden ausfindig zu machen, die uns in zweifelhaften, schwierigen Fällen objectiv sichere Merkmale dafür geben, ob überhaupt ein Leiden da ist oder nicht. Wie dasselbe zu beurtheilen, welche Factoren in der Hervorbringung desselben concurriren, wie weit die Arbeitsfähigkeit beschränkt ist: diese Fragen kommen erst in zweiter Linie.

In den der Simulation verdächtigen Fällen kommt man nach meinen Erfahrungen mit einer möglichst genauen, öfter wiederholten Untersuchung des Sehvermögens, speciell des Gesichtsfeldes am weitesten, da wir auf keinem Gebiet der practischen Medicin so exacte Untersuchungsmethoden und so mannigfache Controllmassregeln besitzen. Ich gehe daher absichtlich auf dieselben ausführlicher ein, weil sie noch

nicht genügend bekannt und gewürdigt werden, obwohl die Anwendung derselben von eminentem, practischem Nutzen ist.

Sehr wichtig ist die Grösse des Untersuchungsobjectes, da bei functionellen Sehstörungen das Gesichtsfeld um so grösser ausfällt, je grösser das benutzte Untersuchungsquadrat ist. Hat z. B. Jemand bei Untersuchung mittelst eines Untersuchungsobjectes von 5 mm Seitenlänge eine Gesichtsfeldeinengung aussen 70, innen 50, und untersuchen wir denselben Menschen mit einem 20 mm breiten Untersuchungsquadrat, so muss man ein weiteres Gesichtsfeld finden. Wenn nicht, so ist er der Simulation verdächtig. Kann man nun mit Sicherheit organische Veränderungen, wie etwa Atrophia n. opt., Retinitis, Neuritis, Glaucom etc. ausschliessen, so ist erwiesen, dass der Untersuchte ein Simulant ist.

Zweitens ist das Verhältniss der Farbengesichtsfelder unter einander zu berücksichtigen. Sicher ist der Untersuchte ein Simulant, wenn das Gesichtsfeld einer Farbe das für Weiss überragt.

Drittens kann man das am Perimeter für 1 Fuss Entfernung gewonnene Gesichtsfeld auf die doppelte und dreifache Entfernung projeciren mittelst einer einfachen, von Wilbrand beschriebenen Fadenvorrichtung. Stimmen diese Resultate nicht überein, so ist der Untersuchte ein Simulant.

Natürlich muss bei allen diesen Untersuchungen auf das wichtige Moment der Gesichtsfeldermüdung geachtet und dasselbe in Rechnung gezogen werden. Allerdings wird man hier einwerfen können, dass gerade dieser Umstand die Beurtheilung der Gesichtsfelder so schwierig und widerspruchsvoll macht. Wie kann man nun diese Eigenschaft des Gesichtsfeldes mit Sicherheit erkennen und feststellen?

Nachdem hiefür Wilbrand früher schon ein einfaches Verfahren bei Untersuchung des Gesichtsfeldes im diffusen Tageslicht angegeben hatte, indem man nämlich im horizon-

talen Meridian mehrere sog. Ermüdungstouren machte, hat neuerdings derselbe Forscher durch eine viel exactere Untersuchungsmethode ¹⁾ diese Frage gelöst. In absoluter Dunkelheit wird am Scherk'schen Hohlkugelperimeter mit selbstleuchtenden Untersuchungsobjecten ein Gesichtsfeld aufgenommen. Bei dieser Versuchsanordnung wird auch bei jedem gesunden Auge eine Gesichtsfeldeinengung gefunden, die sich jedoch bei der schnellen Adaptation (Erholungsfähigkeit) des gesunden Auges nach wenigen Minuten Aufenthalt im Dunkeln wieder ausgleicht. Anders verhält es sich bei functionell nervösen Erkrankungen. Dieselben bedürfen je nach der Schwere des Falles oft viele Stunden eines Aufenthaltes im absoluten Dunkelraum, bis sich das Gesichtsfeld zu normaler Ausdehnung erweitert.

Es ist zuzugeben, dass dieses Verfahren für den Practiker zu umständlich und zeitraubend ist; jedoch stellt diese Untersuchungsmethode eine so feine Controlle der gewöhnlichen Gesichtsfeldaufnahmen dar und hat sich bei uns practisch so vielfach bewährt, dass ich hoffe, es werde bei allen Ophthalmologen sich bald diese Methode einbürgern. Es kann dann jeder Neurologe, jeder Practiker in einem zweifelhaften Fall, auf dessen Entscheidung viel ankommt, sich dieser ausgezeichneten Untersuchungsweise bedienen.

Wird nun bei einem Menschen, der bei der gewöhnlichen Gesichtsfeldaufnahme eine hochgradige Einschränkung angegeben hat, im Dunkelraum eine rasch sich ausgleichende Gesichtsfeldeinschränkung constatirt, so ist derselbe ein Simulant.

Erst vor kurzem hatten wir Gelegenheit, mit Hülfe dieses Verfahrens in kurzer Zeit einen höchst geriebenen Simulanten

¹⁾ H. Wilbrand, Die Erholungsausdehnung des Gesichtsfeldes unter normalen und pathologischen Bedingungen. Wiesbaden 1896. Bergmann.

zu entlarven, der vielen Collegen grosse Arbeit und Mühe gemacht hat, da er auch unzweifelhafte organische Störungen hatte.

45jähriger Kutscher N. fiel am 27. Juni 1895 vom Bock. Schädelbruch. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus: Kopf- und Kreuzschmerzen, Schwindel, Ohrensausen und asthenopische Beschwerden. In letzter Zeit behauptete N., gar nicht mehr recht sehen zu können. Potatorium angeblich mässig (?). Hereditäre Belastung, Lues negirt.

Die Untersuchung ergab das Vorhandensein organischer und functioneller Störungen: die rechte Pupille reagierte nicht auf Licht, wohl aber noch etwas auf Convergenz und Accommodation. Die linke, beträchtlich weitere Pupille reagierte äusserst träge auf Licht; ebenfalls besser bei Convergenz und Accommodation. Der Augenhintergrund, speciell der Sehnerv, war beiderseits normal. Trotzdem behauptete N., rechts nicht mehr Finger zählen, sondern nur noch Handbewegungen erkennen zu können; links Finger in 3 m. Dabei vermochte er sich vorzüglich im Raum zu orientiren, stiess nirgends an, trat nie fehl, so dass jedem Untersucher sofort der Gedanke kommen musste, einen Simulanten vor sich zu haben. Die Untersuchung des Nervensystems ergab Steigerung der Sehnen- und Hautreflexe. Bei der Sensibilitätsprüfung machte er sehr widersprechende Angaben, jedoch schienen ausgebreitete Analgesien functioneller Natur zu bestehen. Das Gesichtsfeld ergab im diffusen Tageslicht hochgradige beiderseitige Einschränkung. Die neue Untersuchung nun im Dunkelraum, die an zwei Tagen wiederholt wurde, stellte mit Sicherheit fest, dass der Mensch seine Sehstörung simulirte; denn das concentrisch eingeengte Gesichtsfeld verengte sich immer mehr, je länger der Aufenthalt im Dunkelraum dauerte. Eine Thatsache, die jeder Theorie und unserer vielfältigen practischen Erfahrung geradezu ins Gesicht schlug.

Auch bei der Farbensinnprüfung gelang es mir, ihn der Simulation direct zu überführen. Roth, Gelb, Blau gab er richtig und rasch an. Bei Grün stockte er und sagte, „es sei dunkel“. Dabei dachte er nicht mehr daran, dass er Tags vorher grüne Wollbündel richtig zusammengelegt hatte. Als ich ihm nun energisch auseinandersetzte, dass er die grüne Farbe kennen müsse, dass er sie nennen könne, gestand er schliesslich diese Simulation ein; bei seiner behaupteten Sehschwäche beharrte er nichtsdestoweniger. Dies wunderte mich gar nicht, denn ganz kürzlich verliess ein Mensch, den ich mit Evidenz der Simulation einseitiger Sehschwäche mit Hülfe einer Spiegelvorrichtung im Stereoskop überführt hatte, mit den Worten die Poliklinik: „Nun, so werde ich es anderswo versuchen.“

Wer an sich erfahren hat, wie schwierig es ist und in welchen Gewissenskampf man bei der Beurtheilung und Begutachtung von solchen Leuten kommen kann, zumal wenn dieselben vorher einen schweren Unfall erlitten haben und überdies noch Spuren organischer Läsionen an sich tragen, der wird sich glücklich schätzen, über exacte, klare Methoden zu verfügen, auf welche er sein Urtheil basiren kann. Der blosse Eindruck, der je nach Erfahrung, Wissen und Veranlagung sehr verschieden ist, hat schon manchen Arzt irregeleitet und in seinem Urtheil arg getäuscht.

Was die Simulirung von Gefühlsstörungen betrifft, so bediene ich mich in fraglichen Fällen zweier Methoden, die mir gute Dienste geleistet haben. Behauptet der Untersuchte, an einer bestimmten Körperstelle gar nichts zu fühlen, so stelle ich ihn an den Influenzapparat und lasse, ohne dass er es sieht, ganz plötzlich grosse Funken von kräftiger Spannung auf die angegebene Stelle prasseln. Jeder mit normaler Sensibilität fährt zurück und zuckt unter dem plötzlichen ersten Eindruck des Influenzfunkens.

Die zweite Methode, die ich noch nicht oft erprobt habe, besteht in der Benutzung einer neuen Vorrichtung am Inductionsapparat, die ich in der diesjährigen Naturforscher- und Aerzteversammlung in Frankfurt ausgestellt und demonstriert habe¹⁾. Durch Druck auf einen kleinen Knopf an der Untersuchungselectrode bewirkt man eine Vor- oder Rückwärtsverschiebung der secundären Rolle des Inductionsapparates. Man kann daher, ohne dass der Untersuchte es sieht, die Stromstärke an der betreffenden Hautstelle verstärken oder vermindern. Mit Hülfe dieser bequemen Einrichtung kann der Untersucher seine ganze Aufmerksamkeit auf das Mienenspiel, das psychische Verhalten des Untersuchten concentriren und so die Schmerzreaction bestimmen.

Wer sich noch weiter über den Nachweis von Simulationen orientiren will, den verweise ich auf die inhaltreiche, ausgezeichnete Monographie von Heller²⁾ über dieses Thema. Für uns erübrigt noch die viel umstrittene Frage der Häufigkeit der Simulation bei Unfallverletzten. Eine Zeit lang wurde in zu grosser Einseitigkeit der Hang zur Simulation geradezu negirt und nur zugegeben, dass eine gewisse Uebertreibung nicht selten vorkäme, die man aber auch nur als ein krankhaftes Symptom ansehen müsse. Dies geht nach meiner Ansicht entschieden zu weit. Der Hang, krankhafte Zustände zu übertreiben, ja manchmal sogar vorzutäuschen, um Vorthelle daraus zu erringen, besteht ganz unzweifelhaft. Ich bin in der Lage, durch Mittheilung einiger Fälle hiezu einen Beitrag zu liefern, bei denen in einer die Aerzte und Behörden überzeugenden Weise die Simulation nachgewiesen werden konnte.

¹⁾ Die genauere Beschreibung dieses von mir angegebenen Inductionsapparates erfolgt demnächst in Mendel's Neurolog. Centralbl. d. Verf.

²⁾ Dr. E. Heller, Simulationen und ihre Behandlung. Leipzig, Ambr. Abel, 1890, 2. Aufl.

1. Der 51jährige Arbeiter C. verletzte sich den Fuss beim Herablassen von Dielen. Obwohl die Contusion bald heilte, klagte C. über Schmerzen und Schwäche im Fuss und verlangte energisch eine Rente. Die genaue, auch vom Physikus bestätigte Untersuchung von seiten des Vertrauensarztes ergab, dass C. einen Plattfuss habe, der ihm die Beschwerden wohl verursachen könne und der in keinerlei Beziehung zum erlittenen Unfall stehe. Er erhielt Plattfussstiefel und legte keine Berufung mehr ein.

2. Ein 39jähriger Arbeiter S. fiel 18 Fuss hoch herab auf den Rücken. Nach 8 Monaten noch klagte er über Schwäche und Schmerzen im Kreuz, so dass er schwere Arbeit angeblich nicht mehr verrichten konnte. Die Untersuchung der Wirbelsäule, des Rückens ergab ein gänzlich negatives Resultat. 4 Jahre hindurch bezog er eine Rente von 10 %. Als dieselbe eingestellt wurde, legte er entrüstet Berufung ein. Aus dem Physikatsgutachten geht hervor, dass S. schon 3—4 Wochen nach dem Unfall gearbeitet habe. 3 Jahre verrichtete er Maurerarbeiten, gab dieselben, obwohl er 4 Mark 20 Pfennige täglich verdiente, wieder auf und errichtete eine Schankwirthschaft, in welcher sog. Athleten verkehrten. Obwohl er selbst dem Athletenclub angehörte, obwohl er eine Zeit lang Flaschenbierfahrer war und als solcher 70—75 Pfund schwere Flaschenkörbe vom Wagen zu nehmen hatte, so behauptete er doch, wegen Schwäche und Schmerzen im Kreuz nicht mehr zu Maurerarbeiten befähigt zu sein. Natürlich wurde S. mit seinen Forderungen abgewiesen und als völlig erwerbsfähig erklärt.

3. Der 20jährige Arbeiter V. stürzte 20—25 Fuss von einem Gerüst herab und zog sich eine Fractur des ersten Gliedes des rechten Zeigefingers und eine Verletzung des

Rückens zu. Ungefähr 1 Jahr lang bezog er Vollrente. Nach 2 Jahren ergab die Untersuchung keinerlei nachweisbare Störungen. Da V. den ganzen Tag seiner Beschäftigung als Maurer nachging und vollen Lohn verdiente, wurde die Rente von 50 % eingestellt. Nun legte V. Berufung ein und verlangte noch 15 % Rente, da er noch Schmerzen im Kreuz habe. Der zuständige Kreisphysikus stellte volle Erwerbsfähigkeit fest. Die strittige Sache kam schliesslich zur Entscheidung an das Reichsversicherungsamt, welches constatirte, dass V. schon zu einer Zeit, wo er noch die Rente für eine um die Hälfte verminderte Erwerbsfähigkeit bezog, regelmässig gearbeitet habe. V. wurde daher mit seinen Forderungen gänzlich abgewiesen.

4. 34jähriger Arbeiter D. erlitt eine Verletzung des kleinen Fingers der rechten Hand. Dieselbe heilte mit Zurücklassung einer Steifigkeit des kleinen Fingers im zweiten Gelenk. Er erhielt 10 % Rente zugesprochen. D. klagte, dass die Rente zu niedrig bemessen sei und verlangte 50 %, weil er noch Schmerzen im kleinen Finger habe. Das Physikatsgutachten, durch welches seine Forderungen zurückgewiesen wurden, lautete folgendermassen: „D. hat eine Quetschung der rechten Hand erlitten. Der kleine Finger, der übrigens unverändert ist, ist in seinem zweiten und dritten Glied passiv und activ nur beschränkt beweglich. Er steht nur etwas krumm; auch kann er nicht völlig zur Hohlhand eingeschlagen werden. Indessen hat der Finger gute Kraft und ist zum Fassen wohl geeignet, so dass von dieser Seite eine bei seiner Arbeit irgend wie in Betracht kommende Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit der Hand nicht mehr vorliegt. Ausserdem finden sich an der Beugeseite des ersten Gliedes des Kleinfingers und in der Mitte der Hohlhand gerade über den Beugesehnen je eine, also im ganzen drei

hühneraugenartige Verdickungen in der Hand von je einer halben Erbse Grösse, die angeblich auf Druck empfindlich sind und beim Anfassen harter Gegenstände Schmerzen verursachen, so dass schwere Arbeit unmöglich sein soll. Die schwielige Innenseite der Hand zeigt indessen, dass sie fortgesetzt zu schwerer Arbeit benutzt wird; auch können die genannten, offenbar dem Hautorgan angehörigen Bildungen unmöglich durch die erlittene Verletzung entstanden sein.“

Ausser diesen vier beobachtete ich noch sechs ganz ähnliche Kranke, die aus kleinen Verletzungen Capital schlagen wollten, indem sie meist durch Schmerz oder durch Bewegungsbeschränkung bedingte Verminderung der Arbeitsfähigkeit simulirten.

Hiebei möchte ich nicht unterlassen, auf eine Mittheilung des in Unfallsachen so erfahrenen Herrn Dr. Blasius-Berlin¹⁾ hinzuweisen, die er unter dem Titel „Unfallversicherungsgesetz und Simulantenthum“ publicirt hat:

„Das Correspondenzblatt der sächsischen Kreisvereine theilt folgende Thatsache mit: Ein Unfallinvalid der Knappschaftsberufgenossenschaft Section II, welcher wegen einer früher erlittenen Brustquetschung auf Grund eines ärztlichen Attestes eine Rente bezog, errang sich gelegentlich einer von mehreren Turnvereinen veranstalteten Sedanfeier, verbunden mit Preisturnen, im Ringen den zweiten Preis!

Dieser Nachricht, welche wohl geeignet sein könnte, die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, kann ich nicht zugestehen, dass sie auf mich einen überraschenden Eindruck gemacht hat. Ich bin in der Lage, aus meiner Praxis bei den Berliner Schiedsgerichten drei weitere Fälle mitzutheilen,

¹⁾ Dr. H. Blasius, Monatsschrift für Unfallheilkunde. 1. Jahrg. Berlin 1894, S. 53.

welche dem eben erwähnten sich ebenbürtig an die Seite stellen können.“

„Ein Arbeiter, der den rechten Arm gebrochen und dadurch eine Bewegungsbeschränkung im Ellbogengelenk hatte und deshalb eine Rente bezog, hat als Preisringer mit dem berühmten A. gerungen und denselben sogar öffentlich besiegt.

Ein Holzarbeiter bezog wegen Narben in Folge einer Zellgewebsentzündung auf der Brust 50 % Rente, während er mit seiner Frau und einem dritten Künstler im Elsass als Luftgymnastiker auftrat.

Im dritten Fall handelt es sich um einen Conditor, der in Folge eines Falles von einer Treppe an Gedächtnisschwäche und Kopfschmerzen leidet und deshalb eine Rente von 60 % bezieht. Trotzdem ist er ein Hauptwinkelconsulent, fertigt sehr logische Berufungen für die Verletzten an, die er sich gut bezahlen lässt. Er annoncirt auch in den Zeitungen: Unfallsachen (selbst Invalide), Klagen, Gesuche fertigt X., Ystrasse.“

Die schwierigste Aufgabe für den begutachtenden Arzt besteht in dem Nachweis der Simulation des ursächlichen Zusammenhangs. Nach meiner Erfahrung kommt neben der sehr häufigen Aggravation gerade diese Art der Simulation bei unseren Fällen nicht selten vor. Ich meine die wissentlich falsche Datirung der Beschwerden vom Zeitpunkte des Unfalls. Wie häufig waren dieselben nervösen Störungen schon früher da, was ja bei der Gleichheit der Symptomatologie der durch die gewöhnlichen Schädigungen bedingten Alterationen, wie ich dies im Capitel III nachgewiesen habe, nicht zu verwundern ist.

Die Simulation von gar nicht vorhandenen Krankheitszuständen ist im Vergleich dazu ganz entschieden selten. Auch der sehr erfahrene englische

Arzt Herbert Page¹⁾ sagt in seiner lesenswerthen Schrift über Eisenbahn-Verletzungen: „Es ist eine gewöhnliche Erfahrungsthatsache, dass den meisten erdichteten Krankheiten etwas Thatsächliches zu Grunde liegt, oder Symptome einer früheren Verletzung in der Absicht, zu betrügen, wieder aufleben. Vertrautheit mit den Erscheinungen und der Vorgeschichte des Leidens kann deshalb allein in den Stand setzen, mit Sicherheit sich über die wahre Natur einer besonderen Krankheit auszusprechen und die Verstösse zu entdecken, welche der Simulant so oft begeht.“

Als charakteristische Beispiele für die Simulation des ursächlichen Zusammenhangs mögen folgende von mir beobachtete Fälle dienen.

1. Ein 46jähriger Arbeiter kann seit einem Jahre in Folge einer Quetschung des rechten Fusses nicht mehr ohne Stock gehen. Seit der Zeit soll auch das Sehvermögen auf dem rechten Auge immer schlechter geworden sein, was Patient auf den Unfall bezog. Früher war er angeblich stets gesund. Hereditär nicht belastet. Lues, Potus und Abusus tabac. negirt. Die Untersuchung ergab eine rechtsseitige Hemi-anästhesie echt hysterischen Characters. Die Lähmung des rechten Beins war eine exquisit psychogene.

Die Herabsetzung des Sehvermögens war durch eine alte, hochgradige Chorioiditis bedingt, die selbstverständlich mit der Verletzung nichts zu thun hatte. Auch auf dem linken Auge waren in der Peripherie leichte chorioiditische Veränderungen sichtbar.

Der 2. Fall ist bei weitem instructiver, da er einerseits einen schlagenden Beweis für die eminent schwierige Be-

¹⁾ Herbert W. Page, Eisenbahn-Verletzungen in forensischer und klinischer Beziehung. Autorisirte deutsche Uebersetzung von Dr. S. Placzek. Berlin 1892, S. Karger, S. 88.

urtheilung von Unfallnervenerkrankungen liefert, andererseits als ein geradezu klassisches Paradigma für die in Rede stehende Simulationsart anzusehen ist.

Ich habe den 35jährigen Arbeiter öfter untersucht und längere Zeit in der Poliklinik behandelt. Er starb am 19. Januar d. Js. auf der Abtheilung des Oberarztes Herrn Dr. Jollasse, dem ich für Ueberlassung des Falles zur Publication zu Dank verpflichtet bin.

Am 18. December 1894 sah ich den Patienten zuerst. Er gab mir an, er habe vor kurzem bei der Arbeit dadurch einen Unfall erlitten, dass er, während er Mauersteine trug, fehltrat und hinstürzte. Danach soll die rechte Seite gelähmt gewesen sein, und die Sprache wollte er 2 Tage lang verloren haben. Indes habe sich die Lähmung bald gebessert, jedoch leide er seit dem Unfall an heftigen Kopfschmerzen und Schwindel. Patient sah sehr verkommen aus, roch nach Schnaps, benahm sich frech und trotzig und bezog all seine Schmerzen und Beschwerden auf den erlittenen Unfall, über dessen Thatsächlichkeit keine sicheren Anhaltspunkte zu eruiren waren.

Die öfter wiederholten Untersuchungen ergaben: normales Gesichtsfeld für Weiss und Farben; Augenhintergrund beiderseits normal; Pupillen gleich weit, reagirten gut direct und indirect auf Licht. Convergenzreaction; Accommodation in Ordnung. Augenbewegungen ungestört. Geruch, Sehvermögen, Gehör, Geschmack normal. Sensibilität: Spitz und Stumpf am ganzen Körper deutlich unterschieden. Temperaturempfindung normal. Schmerzempfindung an den Extremitäten hie und da herabgesetzt; doch waren die Angaben unsicher. Er verzog oft das Gesicht schmerzhaft, sagte aber, es thäte nicht weh. Kein Romberg. Keine Ataxie. Gang nicht schwankend.

Die meisten Herren Collegen, die ihn sahen, hielten ihn

für einen absoluten Simulanten. Da ich jedoch einer derartigen Simulation sehr skeptisch gegenüberstehe und ausserdem noch des Gefühls mich nicht erwehren konnte, dass den Klagen des Mannes doch etwas Thatsächliches zu Grunde liegen könne, so behandelte ich ihn lange poliklinisch weiter. Constant blieb er dabei, dass er stets dumpfen Scheitelkopfschmerz habe, der jedoch jedesmal nach der Behandlung mit der electrischen Douche besser geworden sei. Ebenso beharrte er dabei, dass er sein Leiden erst seit seinem im Sommer 1893 erlittenen Unfall habe; daher führte ich den Patienten in meinem Buche als traumatische Neurasthenie. Am 11. Januar 1896 kamen er und seine Frau in beinahe bewusstlosem Zustande ins Krankenhaus zur Aufnahme. Beide hatten den Versuch gemacht, sich mit Kohlenoxydgas zu tödten.

Nach 9tägigem Krankenhausaufenthalt starb Patient an den Folgen einer linksseitigen Pleuropneumonie.

Die Section ergab nun das überraschende Resultat, dass in der Pia des Hirns zahlreiche Cysticerken sich fanden, und zwar besonders im Bereiche des rechten Scheitel-, Stirn-, Schläfen-, und des linken Hinterhauptlappens. Auch in der Muskulatur waren sehr viele, zum Theil verkalkte Cysticerken zu constatiren.

Dieser Fall zeigt, wie sehr sich die Collegen geirrt hatten, die annahmen, dass die Klagen des Patienten total unbegründet seien; andererseits gab die genauere Nachforschung über die Vorgeschichte des Patienten den Collegen darin Recht, dass Patient ein grober Simulant des Causalnexus war; denn M. war schon vom März 1893 bis 15. April 1893 wegen Kopfschmerzen und Ohrensausen im Krankenhaus gewesen. Ferner kam er wegen derselben Beschwerden am 2. December 1893 wieder ins Krankenhaus und gab hier an, keinen Unfall erlitten, sondern einen Hitzschlag bekommen

zu haben. Seine Kopfbeschwerden waren selbstverständlich thatsächlich vorhanden und auf die Cysticerken zu beziehen, deren theilweise Verkalkung auf das schon lange Bestehen derselben hinwies.

Dieser Fall bekräftigt überdies meine früher nachdrücklich betonte Ansicht von der Nothwendigkeit, jede sog. Unfallneurose genau zu untersuchen, namentlich auch im Hinblick auf etwa vorhandene organische Veränderungen.

VI. Die Prognose der Nervenerkrankungen nach Unfall und über den Arbeitsnachweis.

Schon 1890 betonte ich im hiesigen ärztlichen Verein gelegentlich einer Debatte über die traumatische Neurose, dass die Prognose der functionell nervösen Erkrankungen nach Unfällen durchgehends nicht so düster und so traurig ist, wie man sie damals beinahe allgemein unter dem Eindruck der Oppenheim'schen Monographie hingestellt hat. Ziffermässig begründete ich damals meine Ansicht, die ich heute noch vertrete, und die gegenwärtig allgemeiner Anerkennung sich erfreut.

Um nicht missverstanden zu werden, möchte ich hiebei nochmals hervorheben, dass ich auch ebenso schwere Fälle, wie sie Oppenheim geschildert hat, beobachtet habe, speciell nach ernsten Schädelverletzungen. Diese gaben eine schlechte Prognose. Zum Glück sind solche Fälle ungemein viel seltener, als es nach den Oppenheim'schen Veröffentlichungen erscheint. Bei weitem in der Uebersahl sind die geringgradigeren Unfälle mit den nachfolgenden nervösen Erscheinungen, deren Beurtheilung ja vornehmlich die Aufgabe dieser Arbeit ist. Diese in Rede stehenden Krankheiten geben durchgehends eine bei weitem bessere, ja oft sehr gute Prognose, vorausgesetzt, dass ihnen Verhältnisse geboten

werden, die in diesem Capitel noch eine kurze Besprechung finden sollen.

Keinem Arzt wird es doch einfallen, wenn ihm in der Praxis ein Fall von Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie vorkommt, gleich die schlimmste Prognose zu stellen und, was das Allerverkehrteste wäre, eine dauernde Arbeitsbeschränkung anzunehmen und womöglich noch dies dem suggestiblen Patienten zu sagen. Gerade im Gegentheil, auf keinem Gebiete der Medicin darf sich der Arzt mehr zutrauen, als auf dem dieser Neurosen; da gerade hier nur der Arzt es ist, welcher die schwersten hysterischen Zustände durch die richtige psychische Behandlung wie mit einem Zauberschlage heilen kann. Die Wunderheilungen früherer und moderner Zeit bestehen sämmtlich in der plötzlichen Beseitigung oft jahrelanger, allen bisherigen Behandlungen trotztender hysterischer Zustände. Beinahe jeder Practiker wird von wohl gelungenen Curen dieser Art berichten können. So gelang es mir in jüngster Zeit, eine 5 Wochen lang bestehende hysterische Ptosis des linken Auges bei einem Mädchen, das 14 Tage lang sich in Behandlung eines Professors der Ophthalmologie befand, in einer Sitzung durch Anwendung der Electricität zu beseitigen. Ein 6 Jahre bestehender hysterischer Kopfschmerz mit den gewaltigsten Paroxysmen, mit hystero-epileptischen Anfällen, wobei sogar Patientin sich in die Zunge biss, verschwand nach 4wöchentlicher electrischer Behandlung, verbunden mit kalten Abreibungen und genauer Diätvorschrift. Ein kräftiger, älterer Herr, der lange an angeblicher Ischias vergeblich behandelt und schliesslich von seinem Hausarzt ins Bett gesteckt wurde, verlor nach kurzer Behandlung seine jahrelangen hysterischen Beschwerden und ging wieder ins Comptoir.

So überflüssig dem auf diesem Gebiete Erfahrenen die Mittheilung solcher Krankengeschichten erscheinen dürfte, so

nothwendig ist es, dass die nach Unfällen auftretenden Neurosen einer gleichen Beurtheilung unterzogen werden. Warum bieten die früher mitgetheilten Neurosen der Soldaten durch Kriegsverletzungen nicht einen so hartnäckigen Character dar und spotten nicht den therapeutischen Bestrebungen der Aerzte, wie die Nervenkrankheiten der Arbeiter nach Unfall? Einzig und allein weil die Unfallgesetzgebung selbst den Kampf um die Rente heraufbeschworen hat, weil sie bei dem um sein vermeintliches Recht kämpfenden Arbeiter die Heilung durch Gegenvorstellungen illusorisch macht.

Hier könnte man einwenden, dass dies ja der Grund sei, weshalb die Unfallneurosen anders beurtheilt werden müssen. Dies ist ein Trugschluss, weil wir bei schwerverletzten Arbeitern mit selbst hartnäckigen nervösen Erscheinungen allerdings in seltenen Fällen (weil ihnen bisher die Arbeitsgelegenheit nicht verschafft wurde) die Erfahrung machen, dass sie gebessert werden, wenn sie wieder regelmässig arbeiten. Hiefür bin ich in der Lage, folgende 2 Fälle mitzutheilen:

1. J. D. F. H. stürzte April 1890 vom vierten Stockwerk auf das in der Höhe der ersten Etage stehende Schutzdach. Er erlitt einen complicirten Schädelbruch und erhielt Juli 1890 volle Invaliditätsrente. Seine Klagen bestanden in Kopfschmerz, Schwindel und allgemeiner Körperschwäche. October 1890 erhielt er 50 %. Einen Monat früher konnte er von seinem früheren Arbeitgeber mit leichteren Arbeiten beschäftigt werden. Zuerst zog er Nägel aus altem Baugerüst und klopfte sie gerade, wofür er 2 Mark pro Tag Lohn erhielt. Trotz seiner subjectiven Beschwerden konnte er October 1890 schon mit leichten Flickarbeiten beschäftigt werden. Winter 1890/91 arbeitete er wenig in Folge Arbeitsmangels. 1892 und 1893 beschäftigte er sich als Maurer und erhielt 20 Mark pro Woche ausser seiner Rente von

25 %. Trotz Schwindel und Kopfschmerz verdiente er 30 Mark pro Woche. Jetzt noch bezieht dieser Mann, den der Vertrauensarzt für eine traumatische Hysterie hält, und der eine schwere Kopfverletzung mit *Commotio cerebri* erlitten hat, noch 25 % Rente.

2. G. K., 30 Jahre alt, erhielt am 16. November 1894 einen heftigen Schlag über das linke Ohr. 3—4 Minuten bewusstlos. Zwei Stunden nachher Erbrechen. Einige Tage später kam Patient auf die chirurgische Abtheilung unseres Krankenhauses. Die Gegend über dem linken Ohr war angeblich ganz enorm schmerzhaft. Patient klagte über Schwindel, Kopfschmerz, Ohrensausen und that so kläglich, dass sogar ein chirurgischer Eingriff erwogen wurde, um dem so Leidenden zu helfen. Jedoch veranlasste mich Herr Dr. Wiesinger, zuvor eine genaue Untersuchung des Nervensystems vorzunehmen. Ich constatirte eine linksseitige Hemi-anästhesie, Herabsetzung des Gehörs, Geruchs und Geschmacks links; beiderseits concentrische Gesichtsfeldeinschränkung mit dem sehr bemerkenswerthen Factum, dass nur auf der linken Seite Gesichtsfeldermüdung constatirt werden konnte. Hereditäre Belastung, Lues, Potatorium, Abus. nicot. negirt. Puls 100. Sensorium frei. Gemüthsstimmung weibisch, weinerlich.

Kurz, es handelte sich um einen geradezu klassischen Fall einer traumatischen Hysterie. Ich rieth, den Patienten aus der stationären Abtheilung sofort zur Poliklinik zu entlassen, wo ich ihn zuerst 3 Mal wöchentlich mit der statischen Electricität behandelte. Durch vieles freundliches Zureden bewog ich nun den viel klagenden Patienten trotz Schwindel und Kopfschmerz sich mit Gartenarbeiten zu beschäftigen. Mit kläglichem Miene berichtete er, wie schwer es ihm würde. Durch meine stetigen Ermunterungen verharrte er bei der Arbeit, und das war die Hauptsache. Bald blieb

er von der Poliklinik weg und arbeitete, wie ich später erfuhr, mit demselben Verdienste wie früher.

Diese Fälle beweisen die uralte Erfahrung vom Segen der Arbeit. Ich habe in jüngster Zeit bei einer Reihe von ähnlichen Fällen denselben Weg, wie im letztangeführten, eingeschlagen. Leider machte ich aber hiebei die Erfahrung, dass sehr oft die Leute, die mir den besten Willen, zu arbeiten, kundgaben, in der Concurrrenz mit gesunden Arbeitern völlig unterlagen, indem letztere sehr natürlicherweise von den Arbeitgebern bevorzugt werden. So bemühte ich mich persönlich in jüngster Zeit für zwei derartige Arbeiter (der eine litt an Hypochondrie, der andere an Neurasthenie nach Trauma); jedoch bis jetzt ohne Erfolg. Obwohl beide den redlichen Willen haben, zu arbeiten, finden sie keine passende, leichte Arbeit.

Diesem Grundübelstand muss abgeholfen werden und zwar durch Errichtung von Arbeitsnachweisstellen.

Dr. Brandenburg-Trier¹⁾, Dr. Max Immelmann²⁾, Prof. Strümpell³⁾ und der hiesige pract. Arzt Dr. Jessen haben in eingehender Weise diesen Gedanken und Vorschlag von verschiedenen Gesichtspunkten aus beleuchtet und in dankenswerthe Anregung gebracht. Dr. Max Immelmann¹⁾, der über eine grosse Erfahrung auf diesem Gebiet verfügt, geht auf die sehr schwierige, büreautechnische Seite dieser Frage ein und weist den Weg nach, wie ein derartiger Arbeitsnachweis zu beschaffen wäre. Mit Recht betont er, dass, um dem Ganzen Hand und Fuss zu geben, das Gesetz erst eintreten muss. Die Arbeitgeber müssten durch dasselbe gezwungen werden, einmal, sobald bei ihnen ein Arbeitsplatz

¹⁾ Deutsch. med. Wochenschr. 1896, Nr. 8.

²⁾ Monatschr. f. Unfallheilkunde 1896, Nr. 3.

³⁾ Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken. München 1895.

frei ist, der sich für einen nur theilweise Erwerbsfähigen eignet, diesen dem Nachweisungsbüreau mitzutheilen; zweitens aber auch einen ihnen von dem letzteren zugewiesenen Verletzten zu beschäftigen. Die Arbeitgeber würden dies um so lieber thun, sobald sie eingesehen haben werden, dass sie selbst durch das Sinken der gezahlten Unterstützungen den grössten Vortheil haben. Für die naturgemäss bei der Beschäftigung von Halbinvaliden eintretende stärkere Inanspruchnahme des Aufsichtspersonals, Vorarbeiter u. s. w. wird ihnen ja eine Entschädigung gewährt, die in einem von dem Betriebe zu zahlenden geringeren Stundenlohn ihren Ausdruck findet.

Dr. Immelmann¹⁾ hat in seiner Abhandlung hauptsächlich körperlich Verletzte im Auge gehabt, wie das aus seinem Formular zur Einschätzung des verbliebenen Unfallschadens ersichtlich ist. Gleich Strümpell und Jessen möchte auch ich mit allem Nachdruck betonen, dass ein derartiger Arbeitsnachweis für nervöse Unfallkranke ein Segen nicht nur für die Kranken, sondern auch für die Aerzte wäre. Wie viel Untersuchungen, wie viel Gutachten, wie viel Gerichtsverhandlungen, wie viel Papier und Tinte würden gespart, wenn, bald nach Feststellung der Art der nervösen Störung, nachdem Patient gleich anfangs die richtige psychische Behandlung erfahren hat, demselben eröffnet werden kann: er könne leichte Arbeit finden, bei der er, unbeschadet seines gegenwärtigen Zustandes, neben dem Genuss einer kleinen Rente sich selbständig wieder ernähren kann. Abgesehen von dem moralischen Werth der ertrags- und existenzbietenden Arbeit, der nie und nimmer die Surrogate in den orthopädischen Anstalten in Form von Pseudohobel- und Pseudosägemaschinen an die Seite gestellt werden kann, würde

¹⁾ Ueber die Errichtung von Arbeitsnachweisstellen für solche Unfallverletzte, welche mit beschränkter Erwerbsfähigkeit aus dem Heilverfahren entlassen sind. Monatsschr. f. Unfallheilk. 1896, Nr. 3, S. 73.

speciell der nervöse Unfallkranke das Selbstvertrauen wieder gewinnen. Die übernommene Pflicht der Arbeit wird ihn am wirksamsten von seiner hypochondrischen Selbstbetrachtung ablenken. Die krankhaften Vorstellungen und Empfindungen gerathen unter die Schwelle des Bewusstseins und verschwinden. Kurz, die Arbeit heilt den Arbeiter. — In einer ganz vorzüglichen, lesenswerthen Broschüre fasst der bekannte Neurologe Möbius¹⁾ den Hauptinhalt seiner Ausführungen über die Behandlung von Nervenkranken dahin zusammen: „Die Hauptsache ist die Regelung der Thätigkeit; Ausschaltung falscher, schädlicher oder nutzloser Thätigkeit, Anleitung zu guter Arbeit, die in rechter Weise mit Ruhe wechselt.“

Was nun den Grad der Arbeitsfähigkeit von nervösen Unfallkranken betrifft, so ist derselbe durchaus nicht so hochgradig beschränkt, wie manche annehmen. Dass Menschen mit den ausgesprochensten hysterischen Symptomen, mit concentrischer Gesichtsfeldeinschränkung, mit Anästhesien, gesteigerten Reflexen völlig erwerbsfähig sein können, lehrt die Erfahrung der täglichen Praxis, die gerade, wie ich gestehen muss, im Laufe der Jahre meinen Standpunkt betreffs der Beurtheilung der Arbeiterneurosen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Verletzten modificirt hat. Um Beispiele anzuführen, verweise ich auf die 5 auf S. 42 mitgetheilten Fälle, die alle, trotz erheblicher functionell nervöser, objectiver Störungen sich völlig wohl fühlten und direct von der Arbeit kamen. Ausserdem sehen wir bei den anderen Ständen, bei denen die Neurasthenie, Hysterie etc. noch viel verbreiteter heute ist, als bei den Arbeitern, was die eiserne Nothwendigkeit, was das Pflichtgefühl vermag, um krankhafte Empfindungen zu unterdrücken. Ich selbst habe, wie gewiss jeder Neurologe oder Arzt in einer Grossstadt, eine ganze Reihe schwerer functioneller Neurosen

¹⁾ Dr. P. Möbius, Ueber die Behandlung Nervenkranker.

bei Kaufleuten, Studirten, Künstlern und Beamten behandelt, die trotz Kopfschmerzen oft heftigster Art, trotz permanenten Kopfdrucks, trotz Schwindels, Herzklopfens, trotz der so häufigen psychischen Depressionen und Angstvorstellungen einfach durch den Kampf ums Dasein getrieben täglich ihrem aufregenden Berufe nachgingen und sich höchstens eine 4wöchentliche Ruhepause im Jahre gönnten. Namentlich bei den Künstlern, die sich Abend für Abend der schonungslosesten Kritik von seiten des Publicums aussetzen haben, und bei denen die Nervosität in ihren extremsten Formen sich findet, kann man sehen und staunen, welch' immense Kraft dem Menschen innewohnt, krankhafte Gefühle zu bemeistern und dabei die höchsten Leistungen der Kunst zu produciren.

So behandelte ich lange Zeit einen unserer hervorragendsten Musiker, der an den entsetzlichsten Neuralgien litt. Trotz alledem erreichte er während dieser Schmerzenszeit den Gipfel seines Könnens und seines Ruhms.

Eine bedeutende Sängerin vermochte trotz nächtlicher epileptischer Anfälle, trotz nachfolgender Schwerbesinnlichkeit ihre Rollen zu lernen und ihr grosses Repertoire durchzuführen. Dasselbe brachte ein Schauspieler zu Stande, der an melancholischen Zuständen litt, ohne ein einziges Mal in der Saison abzusagen.

Ich könnte ähnliche Fälle aus anderen Ständen mittheilen, doch glaube ich genügend erwiesen zu haben, dass für den nach Unfall functionell nervös erkrankten Arbeiter die Möglichkeit besteht, zu arbeiten, ja, dass er den anderen Ständen gegenüber den grossen Vortheil hat,

1. meist in frischer Luft,
 2. nach Stundenzahl auf Accord und
 3. ohne geistige Anstrengung sich beschäftigen zu können.
-

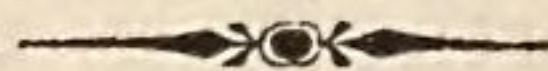
VII. S c h l u s s.

Blicken wir schliesslich auf unsere Arbeit zurück, so ergibt sich, dass die Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall zu den schwierigsten Aufgaben gehört, die dem Arzte gestellt werden können, und dass selbst bei Berücksichtigung aller der verschiedenen, concurrirenden Factoren, die ausfindig zu machen und klar zu legen mein Bestreben war, es doch noch genug Fälle geben wird, über die wir ausser Stande sind, ein eindeutig bestimmtes Urtheil abzugeben. Oft aus dem Grunde, weil wir die Beschaffenheit des Nervensystems des Betreffenden vor dem Unfall nicht kennen. Ich möchte daher mit dem practischen Vorschlag, der vielleicht Manchem utopistisch vorkommen wird, schliessen, dass bei der Aufnahme jedes Arbeiters in eine Kasse nach einem einfachen Schema ein Status praesens aufzunehmen ist, bei dem eine Untersuchung des Nervensystems in Beziehung auf die Hauptpunkte vorgenommen und unter Berücksichtigung der in Capitel III aufgeführten Schädigungen zu Protokoll genommen wird. In bestimmten Zeiträumen soll eine neue Untersuchung stattfinden, die bei einiger Uebung und Anleitung jeder Arzt ausführen kann.

Bei allgemeiner Durchführung dieses Vorschlags würde in kurzer Zeit sich ein grosses Material ansammeln, das uns

über die gegenwärtig obwaltenden Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter in Wahrheit klare Auskunft geben und eine feste Unterlage für die Beurtheilung der Nervenkrankungen nach Unfall schaffen kann.

So würde die Unfallgesetzgebung ihren hohen, segensbringenden Zweck für die arbeitenden Volksklassen erreichen, indem ihrer bedauerlichen Nebenwirkung durch die vertiefte und gesichertere Erkenntniss ein wirksamer Damm entgegengesetzt wird.



eines Unfalles, das Zustandekommen desselben, seine Abhängigkeit von den Arbeits- und Lebensgewohnheiten der einzelnen Individuen, von der Art des Betriebes, von der Durchführung der Vorschriften, welche die Gewerbehygiene zum Schutze der arbeitenden Bevölkerung ersann, soll erörtert und durch genaue Erforschung die Grenze zwischen Gewerbekrankheit und Unfall präcisirt werden.

Durch den Ausbau specieller Untersuchungsmethoden einerseits, wie durch eingehenderes Studium der pathologischen Anatomie andererseits muss die Grundlage für eine exacte Diagnose befestigt, durch die erweiterte Kenntniss auf den am meisten in Betracht kommenden Gebieten der Medicin, der Neuropathologie, der orthopädischen Chirurgie u. a., sowie der Constitutionskrankheiten die Beziehung zum Gesamtorganismus und die vorhandene oder fehlende Abhängigkeit derselben vom Trauma klargelegt und gesichert werden.

Das Studium der Psychologie des Arbeiters bedarf eifriger Pflege. Die Kenntniss seiner Denkungsweise und der Beeinflussung derselben durch den Unfall, die Beobachtung seines Verhaltens zu den Einrichtungen der Unfallversicherung sind nothwendig zur Durchführung einer rationellen Therapie, welche mehr als bisher auf die Herstellung der Function gerichtet sein muss und in erweiterter Art die Mitwirkung psychischen Einflusses verlangt.

Den Ländern entsprechend, in welchen die Lehren der Unfallheilkunde und Gewerbehygiene durch die staatliche Gesetzgebung zu praktischer Bedeutung gelangt sind, wird dies Archiv die in Deutschland, Oesterreich-Ungarn und der Schweiz erforschten Resultate in den Kreis der Besprechung ziehen, und es darf um so eher hoffen, seiner Aufgabe gerecht zu werden, als bereits eine stattliche Zahl von Fachgenossen ihre werthvolle Mitarbeiterschaft zugesagt haben.

Adamkiewicz, Prof. Dr. A., Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes. Anatomisch und klinisch bearbeitet. Mit 6 Tafeln in Farbendruck. gr. 8. 1888. geh. 7 M.

Beiträge zur Chirurgie. Festschrift gewidmet Theodor Billroth von seinen dankbaren Schülern zur Feier des vollendeten fünfzigsten Semesters seines akademischen Wirkens in Wien. Mit 2 Portraits, 9 lithogr. Tafeln und 51 Holzschnitten. gr. 8. 1892. geh. 24 M.

Hoffa, Doc. Dr. Alb., Technik der Massage. Mit 29 theilweise farbigen Abbildungen im Text. gr. 8. 1893. 3 M.

Hoffa, Doc. Dr. A., Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. Zweite Auflage. Mit 596 in den Text gedruckten Abbildungen. gr. 8. 1894. geh. 18 M.

Ihle, Dr. O., Eine neue Methode der Asepsis, welche im Gegensatz zu den bisherigen Methoden eine absolute Keimfreiheit bei Operationen verbürgt und Wasserdampf- sowie Wasser-Sterilisatoren entbehrlich macht. Mit 36 Abbildungen. 8. 1895. geh. 3 M. 60.

Kaufmann, Privatdoc. Dr. Constantin, Handbuch der Unfallverletzungen. Mit Berücksichtigung der deutschen, österreichischen und schweizerischen Unfallpraxis. Für Aerzte, Versicherungsbeamte und Juristen. gr. 8. 1892. geh. 6 M.

Röhne, Dr. P., Krankenversicherungsgesetz vom ^{15. Juni 1883}_{10. April 1892} nebst den die Krankenversicherung betreffenden Bestimmungen des Gesetzes vom 5. Mai 1896 herausgegeben und erläutert. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. 8. 1892. geh. 5 M.

v. Krafft-Ebing, Prof. Dr. R., Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Aerzte und Studirende. Fünfte, theilweise umgearbeitete Auflage. gr. 8. 1893. geh. 15 M.

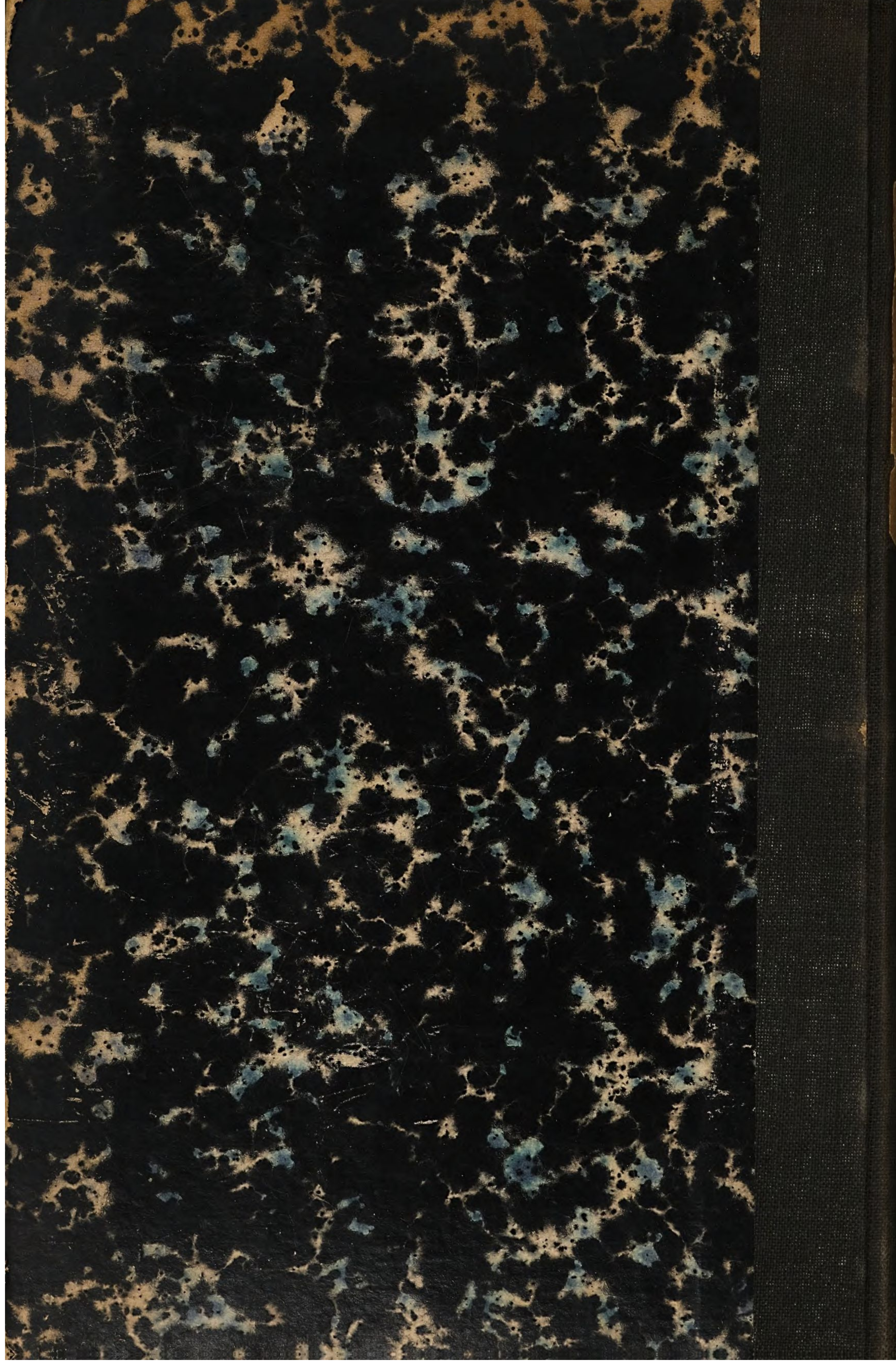
v. Krafft-Ebing, Prof. Dr. R., Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland und Frankreich. Dritte umgearbeitete Auflage. gr. 8. 1892. geh. 12 M.

v. Krafft-Ebing, Prof. Dr. R., Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie. Neunte vermehrte und theilweise umgearbeitete Auflage. gr. 8. 1894. geh. 10 M.

Perls, Prof. Dr. M., Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. Für Studirende und Aerzte. Dritte Auflage herausgegeben von Prof. Dr. F. Neelsen. Mit 256 Holzschnitten und 29 Abbildungen auf 2 Tafeln in Farbendruck. gr. 8. 1894. geh. 17 M.

Schwalbe, Dr. Julius, Grundriss der speciellen Pathologie und Therapie. Für Studirende und Aerzte. Mit 34 Holzschnitten und 1 lithogr. Tafel. 8. 1893. geh. 14 M.

Strassmann, Prof. Dr. Fr., Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Mit 78 in den Text eingedruckten Abbildungen und 1 Tafel in Farbendruck. gr. 8. 1895. geh. 16 M.



Saenger, Alfred

Die Beurtheilung [Beurteilung] der Nervenerkrankungen nach Unfall

Stuttgart 1896

Path. 1098 ng

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11820697-3